Rok XLVIII. Kraków, dnia 27. listopada 1909. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Dalsze uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych [1]).

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

Olbrzymi wprost materyał spraw, t. zw. »wypadkowych«, mnożących się z roku na rok, wymagałby dokładnego opracowania z rozmaitego punktu widzenia, to jednak przechodzi siły jednego człowieka. Nie sądzę jednak, aby kilka uwag, które mi się nasuwają, jako długoletniemu lekarzowi Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny, popartych »aktami« i podanych do wiadomości szerszego ogółu kolegów, nie zasługiwało na pobieżne choćby zapoznanie się z niemi.

Dziś coraz szerszy ogół lekarzy jest wciągnięty do wydawania opinii w sprawach wypadkowych, czy to w charakterze lekarzy rządowych, miejskich i gminnych, sądowych lub znawców.

Szereg lat, jakie spędziłem w zakładzie lwowskim, dał mi możność poznania przebiegu samychże okaleczeń jako sprawy chorobowej, w rozmaitych odstępach czasu, jak również wyniku rozmaitych zabiegów leczniczych, rozmaicie stosowanych. Naturalnie nie może być mowy o tak zwanej obserwacyi klinicznej, choć z drugiej strony podnieść i zaznaczyć muszę, że widzieć można przypadki chorobowe, szczególnie w ich późniejszym okresie, w jakim się ich na klinice nigdy nie widziało. Przypadki bowiem kliniczne z natury rzeczy po niejakim czasie usuwają się z pod obserwacyi.

Co się tyczy środków leczniczych, to na pierwszem miejscu musimy postawić czas. Co nie było możliwe przed rokiem, staje się pewnem po latach. Mógłbym wprawdzie w nieskończoność mnożyć opisy przypadków, jakie się przez moje ręce przesunęły, obecnie bowiem wszystkie sprawy wypadkowe prędzej czy później przechodzą przez moje ręce, jako stałego i jedynego lekarza zakładu ubezpieczenia; jednakże starałem się wybrać takie tylko, które przedewszystkiem pod względem lekarskim budzą pewne zainteresowanie. Drugim względem było przedstawienie takich wypadków, których przebieg całkiem był niespodziewany, gdzie małe stosunkowo przyczyny wielkie wywołały skutki i odwrotnie, gdzie wielkie urazy dla sprawności narządu pozostały bez następstw.

Dla stwierdzenia symulacyi lub tylko agrawacyi szerokie nasuwałoby się pole. Niestety z przykrością podniosę, że na kilkanaście tysięcy wypadków, jakie badałem, tylko 2, wyraźnie dwóch uszkodzonych znalazłem, którzy na sprawę renty zapatrywali się uczciwie. Dwa razy tylko usłyszałem: »Chwała Bogu, jestem zdrów zupełnie, renta była mi pomocą, ale wolę pracować!« Przecież to straszny stosunek; od czasu wprowadzenia renty za wypadki urazowe, jak to już i inni autorowie stwierdzili, żadne złamanie kości nie chce się goić, każde choćby najlżejsze stłuczenie latami całemi pozostaje bolesne, każdy najlżejszy wstrząs ciała pozostawia po sobie nerwicę urazową. Adwokaci doskonale znają te ciągłe bole głowy, niemożność spania na lewym boku, drżenie rąk i ten wewnętrzny strach, który tym wszystkim fanatykom pracy nie daje pracować, tak jakby to oni chcieli i potrafili! Jak to wiem z ust jednego z referentów spraw wypadkowych kolejowych w Wiedniu, najwięcej tak zwanych nerwic urazowych z całej Austryi dostarcza Galicya. Czy jednak sami lekarze nie mają przypisać sobie winy, że takie stosunki nastały, nie chcę być sędzią; podniosę tylko, że zatracono pojęcie tego, czem właściwie powinno być świadectwo lekarskie. Zatracono pojęcie, że powinno ono być dokumentem publicznym stwierdzającym prawdę i tylko prawdę, naturalnie podaną według sumienia każdego i jego wiedzy (nach seinem besten Wissen und Gewissen), a nie jakimś dokumentem, wydawanym z grzeczności lub nieraz za marne honoraryum. To też doszło do tego, że władze, tak jak banki na weksle, patrzą się na świadectwa lekarskie, jakim są opatrzone podpisem, a niektórych całkiem nie przyjmują. Ale sprawa ta ma także inną stronę. Zapominają ci lekarze, którzy, czasem wiedzeni nie chęcią zysku materyalnego, tylko jakimś źle pojętym altruizmem, z całą łatwością wystawiają takie świadectwa, nie odpowiadające istotnemu stanowi rzeczy, że zamiast przysługi, jakiej się od nich żąda, w gruncie rzeczy stają się przyczyną ruiny moralnej, a potem i fizycznej uszkodzonego osobnika.

Sprawa przyznawania rent wypadkowych, jest już o tyle dawną, że posiada pewną historyę, która wymaga wyciągnięcia pewnych nauk na przyszłość. Nie wiem, jak jest w innych krajach; ale co do naszej ludności, to jest ona stanowczo nie pouczona co do treści i zastosowania samej ustawy o odszkodowaniu za wypadki. Nie chodzi m

[1] Porównaj »Przegląd lekarski« 1906. Nr 41.

zupełnie o siebie samego, jako lekarza zakładu, który jest zasypywany listami z pogróżkami za zniżenie lub zamknięcie renty. Uszkodzony, który pobierał długi czas rentę wysoką, nie odpowiadającą jego zdolności do pracy, jeżeli widzi, że ta renta została zniżona lub zamknięta, nie mając z nikim osobiście do czynienia, tylko z lekarzem, bo wszystko inne dzieje się pisemnie, uważa lekarza za swego osobistego wroga i zieje do niego nienawiścią. Murarz, któremu swojego czasu upadła cegła na ramię, który swego czasu pobierał rentę »jako niezdolny do pracy«, co wreszcie odpowiadało danym stosunkom, po roku, dwóch lub trzech, zależy to od administracyi i jej sprawności, zostaje wezwany do oględzin. Jeżeli on po tych oględzinach zostanie uznany za zupełnie zdrowego (jakim jest już wtedy rzeczywiście), to uważa lekarza, bo tylko tego zna, za swego osobistego wroga. Nie mogę sobie też inaczej wytłómaczyć groźby takiego człowieka, który zapowiadał memu furmanowi, że mnie uśmierci, podając powód w następujących słowach: »A czemu twój pan, który może to zrobić, nie podpisał, abym ja mógł rentę brać? A co, czy to jego pieniądze? Niechby był podpisał, a ja byłbym brał«. Tu już nie wchodzę w pojęcie ewangieliczne »moje« — »twoje«, ale ludzie, którzy należą do warstwy tych, którzy mogą kiedyś jakąś rentę pobierać, muszą być przedewszystkiem uświadomieni. Nie rozumiem tego uświadomienia w pojęciu socyalistycznem. Ale jeżeli cała ustawa jest postępem na tle życia socyalnego, muszą być także zachowane pewne warunki w stosunku do ludzi, którzy z niej korzystają.

Praktycznie rzecz biorąc, aby się długo nie rozpisywać, zdaniem mojem na każdej rezolucyi, przesyłanej przez Zakład, powinno być na ostatniej stronicy umieszczone tak zwane »pouczenie«. Jeżeli na policach ubezpieczeń od ognia, wypadków, na wypadek śmierci, są takie pouczenia, nie widzę powodu, aby takie same nie miały się znajdować na rezolucyach Zakładu ubezpieczenia od wypadków w sprawie rent.

Przedewszystkiem ubezpieczeni muszą być pouczeni, że renta, jaką pobierają, nie jest wygraną na loteryi, lecz w myśl ustawy jest wynagrodzeniem za stratę, którą ktoś ponosi z powodu doznanego wypadku; że nie jest także wynagrodzeniem za odniesiony ból, nie jest więc »nawiązką«. Powinni być dalej pouczeni, że renta nie jest w zasadzie stałą, tylko w miarę możności zarobkowania może być zmienioną, że nie jest ona wynagrodzeniem za lenistwo. Dużo bowiem ludzi z umysłu, choć mogą pracować nie pracuje, bojąc się, aby im renty nie zamknięto.

To też zamykanie renty na podstawie dochodzeń i stwierdzonego zarobku, który może nawet być czasem wyższy, niż swego czasu pobierany, nie jest mojem zdaniem rzeczą słuszną. Ze stanowiska lekarskiego, jeżeli ktoś stracił kilka członków końcowych u palców, to jest bądź cobądź kaleką. Są czasem stosunki tego rodzaju, że uszkodzony w tej samej fabryce, gdzie doznał uszkodzenia, dostanie dalej zajęcie, a nawet pobiera ten sam zarobek. A jednak robotnik, mając kilka krótszych palców, jest mniej zdolny do pracy, tem więcej, że nie zawsze będzie mógł znaleźć tę pracę, do której nawykł i przy której skrócenie palców jest dla niego prawie obojętne.

Na podstawie długoletniej obserwacyi stwierdziłem, że zamykanie nieznacznej renty, którą ktoś pobierał, tylko na podstawie listy płatniczej, jest u osobnika notorycznie okaleczałego w zasadzie rzeczą nieetyczną, a przedewszystkiem niepraktyczną. Taki bowiem uszkodzony, wezwany do Lwowa celem zbadania, bardzo często aż z zachodniej Galicyi, powoduje dla Zakładu koszta podróży, które nieraz wynoszą jednorazowo tyle, ile wynosi cała jego roczna renta.

Jeżeli renta ze stanowiska lekarskiego czy to skutkiem nabrania wprawy, czy też skutkiem innego osądzenia niezdolności do pracy, zostanie zniżona, w takim razie uszkodzony albo wytacza proces, nawiasem mówiąc bardzo często wygrywany, albo zgłasza się do ponownych oględzin lekarskich, podając, że mu się pogorszyło. W takich przypadkach radziłbym Zakładowi trzymać się zasady »quieta non movere«.

Pouczenie, o którem wyżej wspomniałem, musiałoby iść w tym kierunku, że ustawa nie przewiduje zarobkowania w pewnym wyłącznym fachu; ktoś kto stracił nogę nie może być np. listonoszem, ale może być doskonałym woźnicą

Zredagowanie takiego pouczenia na drukach, wychodzących z Zakładu ubezpieczenia, powinno być dokonane przez znawców prawa wspólnie z lekarzem Zakładu. Pouczenie takie uważam za bardzo ważne.

Następnie sprawy wypadkowe powinny być traktowane ze strony urzędów politycznych, jako nagłe. Istnieje pod tym względem jakiś przepis, ale na papierze. Do załatwienia przychodzą nieraz akta po trzech latach, nieraz i później, kiedy uszkodzony, o ile chodzi o lżejsze urazy, zapomniał już o swojem uszkodzeniu, kiedy nagle zjawia się nieraz poważna suma jako wynagrodzenie za doznany wypadek. Te okoliczności uczą wprost ludność wyzyskiwania każdego choćby najmniejszego wypadku w celach finansowych, a byłoby to niemożliwem, gdyby sprawy wypadkowe były traktowane jako pilne, gdyż wtedy każdy wypadek zostałby sprowadzony do właściwych rozmiarów, co uniemożliwiałoby spekulacyę na rentę.

W innych wypadkach, a mam tu na myśli szczególnie wypadki kolejowe, które odszkodowuje osobne Towarzystwo »Berufsgenossenschaftliche Unfallversicherungsanstalt«, płacące daleko wyższe procenta, uszkodzony z powodu najmniejszego uszkodzenia przestaje pracować i »choruje« cały rok, pobierając równocześnie i rentę i pobory służbowe. Jeżeli taki uszkodzony jest rzeczywiście chorym, to renta wspólnie z pensyą może mu do końca życia wystarczyć na zupełnie porządne utrzymanie. Jeżeli jednak chodziło o spekulacyą i spodziewana renta nie zostanie przyznana, rozpoczyna się nieraz prawdziwa tragedya. Takiego człowieka do służby nie przyjmują, bo wychodzą z zapatrywania, że kto dla bagateli rok chorował, musi być mniej zdolnym do pracy. Rozpoczynają się procesy drogie i denerwujące. Chodzi zwykle o stwierdzenie objawów chorobowych czysto podmiotowej natury, bólów i zawrotów głowy. Uszkodzony, gdyby był wrócił do pracy byłby dawno już odzyskał zdolność do niej, a tak proces staje się przyczyną prawdziwej neurastenii, a okoliczności, które uszkodzony sam sobie stworzył, są przyczyną tragicznych nieraz stosunków.

Poniżej podaję historye nietyle chorób, jak przebiegu wypadków z opisami stanu chorobowego, jak się on w da-

nej chwili przedstawiał. Są one podane tak, jak z biegiem czasu do zaopiniowania się przedstawiały, nie można tedy szukać jakiegoś systemu w ich ugrupowaniu. Są one jednak zdaniem mojem dość ciekawe pod względem etyologii, przebiegu, końcowych wyników, szczególnie co do sprawności uszkodzonych części i ogólnej zdolności do zarobkowania.

1) Iwan F. 21.012 P.

Kiedy I. F. wyjechał dnia 6. VII. 1903 ze żniwiarką w pole, spłoszyły się konie i wpadły w bramę, skutkiem czego F. został do niej przyciśnięty, kalecząc sobie twarz i nogę.

Pierwsze badanie zostało dokonane 26. stycznia 1904 r.

St. ob.: Lewa kończyna dolna zgięta w kolanie z powodu przykurczenia części uda i goleni po stronie zewnętrznej. Przyczyną przykurczenia są dwa obrażenia części miękkich w $^1/_3$ środkowej części uda, blizna podłużna 20 ctm długa, a do 10 ctm szeroka, której dnem są warstwy miękkie stwardniałe i nieprzesuwalne; powierzchnia jej pokryta jest tkanką ziarninową ropiejącą; w $^1/_3$ środkowej części goleni blizna do 15 ctm długa, do 8 ctm szeroka dno również stwardniałe i mało przesuwalne, powierzchnia już gładka, lecz pozbawiona naskórka, w górnej części ropień bolesny. Odrętwienie kończyny, bolesność i przykurczenie wyłączają wszelkie ruchy, możliwość chodu i stania.

Okres leczenia trwa dalej.

W marcu 1904 stwierdzono zmniejszenie się przykurczenia w kolanie i zmniejszenie powierzchni ran ropiejących. W czerwcu 1904 uszkodzony nie miał jeszcze wygojonych blizn, jednak już chodził i spełniał nawet czynności pomocnika w handlu Proświty.

Stan podobny w czerwcu 1905, gdyż na ranie uda znajduje się miejsce wielkości dłoni dziecka niewygojone, chód sztywny. F. skarży się na ból rwący i ciągnący w nodze lewej, utrudnienie chodzenia i stania, 80% niezdolności.

W czerwcu 1906 badanie we Lwowie stwierdza bliznę po stronie zewnętrznej lewego uda, biegnącą przez całą długość, szeroką, w środku rozpadłą, pokrytą częściowo strupem, częściowo ropiejącą. Podobne blizny częściowo zrośnięte na zewnętrznej stronie goleni.

Cała goleń lewa w porównaniu z prawą skutkiem nacisku blizn obrzękła, szczególnie występuje obrzęk na stopie. Ruchy w kolanie i stawie skokowym nie ograniczone — 50%.

W lipcu 1908 zarządził zarząd powtórne badanie, jakkolwiek w orzeczeniu z czerwca 1906 dalsze polepszenie uznano za nieprawdopodobne.

St. pr.: Na lewem udzie i goleni blizny szerokości dłoni o charakterze blizn starych, zrośnięte z mięśniami, częścią białawe, częścią pigmentowane. Na goleni obrzęk części miękkich, co dowodzi, że warunki cyrkulacyjne skutkiem zbliznowacenia skóry na wielkim obszarze nie są wyrównane; twierdzenie przeto uszkodzonego, że dłużej chodzić nie może, jest wiarogodne. Całkiem niespodziewanie wystąpiło wygojenie środkowej części rozpadłej blizny, tak że obecnie niema jątrzących się miejsc. Ponieważ rozległe blizny są trwałe — 25% stałej niezdolności do pracy.

2) Wasyl F. 32.057/0, lat 27.

Niosąc 12. X. 1906 kloc pod gater, pośliznął się i upadł, przyczem kloc padł mu na lewe ramię. W ten sposób odniósł niepowikłane złamanie kości ramieniowej.

W krótkim czasie nastąpiło zrośnięcie się odłamków przez wytworzenie bardzo grubej i silnej kostnicy; jedynie oś kości ramieniowej pozostała łukowato zgiętą, tworząc kabłąk, tak że pierwsze wrażenie było bardzo niekorzystne. Tymczasem dokładniejsze oględziny stwierdziły, że ruchomość barku i łokcia jest prawidłowa, muskulatura jędrna i silnie rozwinięta; wybitne odciski na dłoni dowodziły, że F. posługuje się nią w znacznym zakresie. Rentę stosunkowo znaczną, bo 300 koron rocznie, stara się uszkodzony zamienić już w roku 1907 na jednorazową odprawę. Okoliczność ta, jak wiem z doświadczenia, jest ważna: jest ona prawie identyczna z powrotem do zupełnego zdrowia. Uszkodzony taki czuje się zdolnym do pracy, nie chce pobierać poborów inwalida, tylko otrzymać odrazu większy kapitał i nim obracać. Jednorazowa odprawa dla poddanych austryackich nie istnieje i nie wchodzę w to, czy nie należałoby w tym kierunku ustawę zmienić, lecz zdaniem mojem z korzyścią dla obu stron byłoby udzielenie w pewnych warunkach jednorazowej odprawy. Przy rozprawie sądowej oddalono powoda z żądaniem skargi, gdyż pobierał rentę wyższą, niż ją znawca sądowy przyjął odpowiednio do jego niezdolności do pracy. Obecnie wstrzymano wysyłkę renty, gdyż F. poszedł za zarobkiem na Węgry. Nie ulega wątpliwości, że szukając pracy poza domem, musi się czuć do wszelkich robót zdolnym.

Przypadek powyższy poucza, że nie tyle anatomiczne zniekształcenie ręki lub nogi daje miarę dla ocenienia zdolności do pracy, jak raczej sprawność czynnościowa danej kończyny, która może być zupełnie dobra mimo zniekształcenia. Rozwój mięśni, ruchomość stawów, odciski na skórze podeszwy lub dłoni, brak zaburzeń w ciepłocie kończyny, brak zasinień, obrzęków, wyprysków na skórze, znieczulenie na dotyk, ciepło i zimno i t. d., są okolicznościami, wedle których można wnosić o czynnościowej sprawności uszkodzonej kończyny.

(Dok. nast.).

Z pracowni Sanatoryum w Zakopanem.

Badania krwi wedle metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy.

Podali

K. Dłuski i M. Rozpędzihowski.

(Według wykładu na Zjeździe balneologów polskich w kwietniu 1909).

(Dokończenie).

Przechodzimy do rozpatrzenia poszczególnych grup. W grupie pierwszej mamy: 20 chorych w I okresie Turbana
10 » » II » »
16 » » III » »

Z liczby 20 chorych w I okresie otrzymaliśmy następujące wyniki: u 11 obrazy prawidłowe, u 7 przejściowe, u 2: jeden zły, jeden bardzo zły obraz. Rozpatrując bliżej naszych chorych, widzimy u 11 chorych z prawidłowymi obrazami zgodność między stanem choroby, a obrazem Arnetha. Tę samą zgodność, pomimo »przejściowego« obrazu, możemy jeszcze stwierdzić u następnych 7, skoro zważymy, że pomimo nieznacznych zmian w płucach, mają oni różne poboczne powikłania, jak gruźlica krtani, ropiejące gruczoły na szyi itd., które mogły wywrzeć wpływ szkodliwy na układ krwi. Wreszcie u jednego z dwóch chorych obraz zły (78% w I i II kl.), pomimo minimalnych zmian w płucach dałby się wytłómaczyć istnieniem — po odbytej przed kilkoma miesiącami operacyi — przetoki ropno-kałowej, z obfitą od czasu do czasu wydzieliną, której towarzyszyły wzniesienia ciepłoty do 38° i wyżej. Paradoksalnym natomiast jest wynik u ostatniego chorego w I okresie, mającego 55% w I i 45% w II kl., a którego stan ogólny był wyśmienity, ciepłota zupełnie prawidłowa, sprawa zaś w płucach ograniczała się do nieznacznych zmian oddechowych w szczytach. Chory ten, jako neurastenik, zajęty ciągle rozmyślaniami nad swem zdrowiem, przybył z własnej inicyatywy do sanatoryum, z zamiarem poddania się badaniu dla określenia stanu płuc. Podczas 10 dniowego pobytu badaliśmy go parę razy, sądząc, że może następne badania wykryją jakieś poważniejsze zmiany w płucach, ale nic nowego nie dostrzegliśmy i poradziliśmy mu zakład opuścić. W przypuszczeniu, że może u chorego są jakieś głębsze, nie dające się wykryć na razie, ogniska gruźlicze, — których istnienie, jak twierdzi Arneth, zły obraz neutrofilny do pewnego stopnia przepowiada — w 6 mie-

sięcy po wyjeździe z Sanatoryum prosiliśmy chorego listownie, aby dał się zbadać w Krakowie przez jednego z znaszych bardzo znanych specyalistów. Przysłany nam wynik badania płuc jest zupełnie zgodny z dawnemi naszemi. Taki specyalnie bardzo zły obraz, będący w rażącej sprzeczności z teoryą Arnetha, na razie wytłomaczyć się nie da.

U 10 chorych w II okresie znajdujemy: 3 obrazy prawidłowe, 5 przejściowych i 2 złe. Zestawiając te obrazy ze stanami poszczególnych chorych, możemy stwierdzić względną harmonię między jednymi a drugimi. To samo da się powiedzieć o 14 chorych z całej ilości 16 w III okresie. Znajdujemy bowiem: 10 złych i 4 bardzo złe, co zupełnie odpowiada naszym badaniom klinicznym, a zwłaszcza mając na względzie 4 ostatnie obrazy (85—92% w I i II kl.). Dotyczyły one bowiem chorych z bardzo posuniętą sprawą płucną, z dużemi jamami, wysoką gorączką i silnem wyniszczeniem całego ustroju. Dwaj z nich wkrótce po badaniu zmarli. Natomiast u 2 pozostałych chorych spotykamy wyraźną sprzeczność. U jednego znaleźliśmy pomimo znacznych zmian w płucach i upartej gorączki 65% w I i II kl. Taki zaś wynik, wedle Arnetha, dawałby podstawę do jakiej takiej nadziei w rokowaniu; tymczasem chory we 2 miesiące po badaniu zmarł. A jeszcze bardziej zdumiewającym jest obraz u drugiego. Zaraz po przybyciu do zakładu, na podstawie całego szeregu objawów rozpoznaliśmy u tego chorego gruźlicę prosówkową, która też w ciągu kilkunastu dni doprowadziła do śmierci. Tymczasem badanie dokonane na 10 dni przed śmiercią stwierdziło obraz »przejściowy«, a mianowicie: 69% w I i II kl. przy 11400 leukocytach. Widzimy więc, że gruźlica prosówkowa — jak to już zauważyliśmy przy rozpatrywaniu badań innych autorów — daje obrazy wcale nieodpowiadające teoryi Arnetha. Przytem w danym przypadku zamiast leukopenii spotykamy w niej nieznaczną hyperleukocytozę, która zgodnie z normą Arnetha, wypada już wcale pokaźnie, skoro zważymy, że przyjmuje on, jako ilość fizyologicznie prawidłową 6000 leukocytów.

Przechodząc do badań dwurazowych, pragniemy zauważyć, iż same przez się odgrywają one, dla oceny teoryi Arnetha, ważniejszą rolę niż jednorazowe, gdyż pozwalają porównać zmiany w układzie neutrofilów w związku z przebiegiem sprawy chorobowej. Badania te były dokonane w odstępach czasu od 2 do 6 miesięcy i dotyczą, jak wyżej zaznaczyliśmy, 35 chorych, z których: 5 chorych w I okresie, 13 w II okresie, i 17 w III okresie.

Ponieważ już poprzednio omówiliśmy dostatecznie sprawę zgodności lub niezgodności obrazu Arnetha ze stanem chorobowym, więc o obrazach »zgodnych« mówić nie będziemy, pozostawiając ogólnikowe omówienie jej w ostatecznych wnioskach. Tu zatrzymamy się tylko nad bardziej ciekawymi obrazami »niezgodnymi«.

Wśród 5 chorych I okresu znajdujemy tylko raz jeden wyraźną niezgodność, a mianowicie u chorej, 18-letniej dziewczyny, która po kilkomiesięcznym pobycie w Sanatoryum doznała znacznej poprawy, w 2 zaś obrazach krwi, w odstępie $3\frac{1}{2}$ miesięcznym, nie znajdujemy prawie żadnej zmiany na lepsze, gdyż ilość 67% (I i II kl.) zmienia się tylko na 62%. Zauważyć nadto musimy, uwzględniając szczegółowo stan ogólny i stan płuc, że pierwszy obraz powinien był być znacznie lepszym. Tymczasem różni się on tylko o 2% od obrazu u chorego na gruźlicę prosówkową (o którym było wyżej), gdzie na 10 dni przed śmiercią spotykamy 69% w I i II kl. W grupie 13 chorych w II okresie znaleźliśmy u 10 zgodność, mniejszą lub większą, u 3 zaś stwierdziliśmy brak tej zgodności. Poświęcimy im parę słów. Mamy tu najpierw chorą, mającą lat 46, która po kilkumiesięcznem leczeniu doznała znacznej poprawy stanu płuc i stanu ogólnego, a tymczasem w obrazie Arnetha widzimy przesunięcie się na lewo tylko o 2% (84%—82%). Wprawdzie na wytłómaczenie takiego obrazu dałaby się przytoczyć ta okoliczność, iż chora od szeregu lat cierpi na kamicę żółciową, której przy zaostrzeniach towarzyszą gorączki. Być więc może, iż przyczyny szukać trzeba w zakażeniu ustroju ze strony dróg żółciowych, gdyż znaczna poprawa w płucach, przy znacznym przybytku wagi, nie może zgoła usprawiedliwiać »złego« układu neutrofilnego. Jeżeli jednak w danym przypadku można znaleźć okoliczności usprawiedliwiające, to o następnym z rzędu chorym w żadnym razie powiedzieć tego nie można. U niego również znajdujemy znakomitą poprawę płuc, stanu ogólnego, przybytek wagi o 11 kg., zupełną utratę gorączki. Tymczasem pierwszy obraz dał nam 57% (I i II kl.), a drugi w 2 miesiące po pierwszym na szczycie poprawy 72% (I i II kl.). Takie przesunięcie o 15% na lewo jest z punktu widzenia teoryi Arnetha zupełnie niezrozumiałe. Również, choć w mniejszym stopniu, niezrozumiałe będzie zachowanie się układu neutrofilnego u trzeciej chorej, która przybyła do zakładu z niewielkiemi zmianami w prawym szczycie, większemi w lewym górnym płacie i w stanie podgorączkowym. Obraz krwi wykazywał 70% (w I i II kl.). Początkowy przebieg leczenia był pomyślny. Wkrótce jednak nastąpił radykalny zwrot ku gorszemu: wysokie gorączki (39—40%), odczyn dwuazowy i gruźlicze zmiany nerek (białko i prątki Kocha w moczu). I w chwili takiego pogorszenia otrzymujemy obraz z 73%, t. j. takie minimalne przesunięcie się na lewo, które zgoła nie odpowiada całemu obrazowi klinicznemu.

Co się tyczy 17 chorych w III okresie, to u 11 znajdujemy zgodność, więc mówić o nich nie będziemy. Rozpatrzymy pokrótce pozostałych sześciu. Z tej liczby u trzech chorych, u których nastąpiła wybitna poprawa stanu płuc i stanu ogólnego przy zupełnej utracie gorączki, widzimy przesunięcie się obrazu na lewo lub na prawo tak minimalne (1%—2%), że o zmianie na lepsze mówić nie możemy, gdyż jest to istotnie »status quo«. Przytaczamy liczby: 66%—67%, 59%—60% i 73%—71%. U czwartej chorej, która zmarła wśród objawów gruźlicy prosówkowej, a nadto miała gruźlicze zmiany nerek, dwa badania stwierdziły następujące obrazy: 64% i 68%. Komentować tego obrazu nie będziemy, gdyż o gruźlicy prosówkowej wyżej mówiliśmy.

Pozostają jeszcze 2 przypadki. U jednego chorego który doznał wyraźnej poprawy, obraz krwi pogorszył się a mianowicie: 73% (I i II kl.) przy pierwszem badaniu, 83% przy drugiem. U drugiego zaś, gdzie nastąpiło znaczne pogorszenie stanu płuc i stanu ogólnego, przy stałe, gorączce, obraz krwi poprawił się o 14% (78%—64%).

Przechodzimy wreszcie do badań, dokonanych u 21 chorych trzy razy i więcej. U trzech chorych w I okresie znajdujemy zgodność, więc znów mówić o niej nie bę-

dziemy, wspomnimy tylko nawiasowo, że u jednego chorego wybitna poprawa płuc i stanu ogólnego znalazła swój wyraz w polepszeniu układu neutrofilnego o 17%. Wśród 11 chorych II okresu znajdujemy 9 wyników zgodnych z przebiegiem choroby w jednym lub drugim kierunku. A nawet jako jaskrawy przykład takiej zgodności możemy wspomnieć o jednym chorym, którego stan, po przebyciu ciężkich i długotrwałych powikłań w płucach i opłucnej, znakomicie się poprawił, obraz zaś krwi w ciągu 9 miesięcy przesunął się o 35% na prawo (85% [w I i II kl.] — 50%). Natomiast należy podkreślić niezgodność u dwóch chorych. U jednego z nich po kilkumiesięcznym pobycie w zakładzie nastąpiła wyraźna poprawa i to trwała (jak nam wiadomo z przysłanych listownie wiadomości). Obraz zaś krwi pozostał zły (79% przy badaniu pierwszem — 80% przy trzeciem badaniu). Drugi chory przybył do Zakładu w bardzo ciężkim stanie, z wysokiemi gorączkami do 39·5°, miał obfity krwotok i t. d. Później stan chorego znakomicie się poprawił, chory utracił gorączkę, przybrał 5½ kg, na wadze i t. d. Tymczasem obraz krwi przy badaniu pierwszem podczas ciężkiego stanu chorego wynosił 85%. Trzecie zaś badanie, dokonane w 6 tygodni od chwili ciągłego trwania polepszenia, stwierdziło tylko 80%. Polepszenie »małe« obrazu krwi wcale nie odpowiada olbrzymiemu polepszeniu klinicznemu.

Pozostaje nam jeszcze 7 chorych w III okresie. Z tych u 5 widzimy zgodność, a nawet u jednego bardzo znaczną, gdyż przy wybitnem pogorszeniu się stanu chorego (utworzenie się dużych jam z gorączką wyniszczającą) widzimy pogorszenie się obrazu neutrofilnego w ciągu 2 miesięcy o 27% (63%—90%). Pozostaje więc niezgodność u dwóch chorych. U jednego przy ogromnem pogorszeniu się stanu płuc i stanu ogólnego i przy powikłaniu sprawy płucnej w postaci gruźliczego zapalenia opon, które doprowadziło w ciągu 2 tygodni do zejścia śmiertelnego, widzimy pogorszenie tylko o 10%, a mielibyśmy prawo oczekiwać 20—30%. U drugiego zaś chorego, który przybył do Sanatoryum w ciężkim stanie, wysoko gorączkował, przebył groźną odmę piersiową — będącą jednak początkiem następnej poprawy, utrzymującej się przy ciepłocie prawidłowej lub lekko podgorączkowej 4 miesiące — widzimy następujące wyniki: pierwsze badanie na 2 miesiące przed pojawieniem się odmy i podczas wysokich gorączek wynosi 73% (I i II kl.), — drugie badanie dokonane w chwili, gdy przeszło od 2 miesięcy trwał niezmiennie stan poprawy, dało 87%. Liczby te mówią same za siebie.

Przechodzimy na zakończenie do streszczenia wyników naszych badań.

W badaniach tych, jakeśmy to na wstępie mówili, chodziło nam głównie o to, czy obok niedostatecznych metod badania w gruźlicy, ze względu na rokowanie i oryentowanie się w jej przebiegu, zarówno w cięższych, jak i lżejszych formach, nie znajdziemy w badaniach krwi metodą Arnetha nowego środka, dającego większą rękojmię pewności w tym kierunku. Z drugiej strony chcieliśmy przekonać się, czy istotnie w sprawie tak »par excellence« swoistej, jak gruźlica, zachodzą zmiany w wielokształtności jąder w znaczeniu Arnetha, a wyrażające się w sprowadzeniu zróżniczkowanej figury jądrowej pod wpływem bodźców chorobotwórczych do formy prostszej, wskutek gromadnego znikania form pierwszych, dojrzalszych, a pojawiania się drugich, — młodszych.

Opierając się na badaniu 102 chorych, możemy potwierdzić zdanie Arnetha, że sprawy chorobowe, a w danym razie gruźlica, sprowadzają w prawidłowym układzie krwi takie zmiany, jakich ani razu nie spotkaliśmy u 10 klinicznie za zdrowych uważanych ludzi. W ten więc sposób potwierdzałaby się pewna i stała prawidłowość w kształcie jąder w pewnych fizyologicznych lub chorobowych warunkach. Do takiego przekonania doprowadza nas ogólne objęcie wszystkich wypadków. Jeżeli jednak rozpatrywać je będziemy szczegółowo, to musimy zaznaczyć, że na 102 zbadanych chorych u 3 stan krwi niezupełnie zgadzał się ze stanem klinicznym, u 13 zaś chorych widzieliśmy krańcowo sprzeczne z klinicznym przebiegiem sprawy chorobowej wyniki badań układu neutrofilowego. Omówiliśmy przypadki te szczegółowo na innem miejscu, tu więc ich nie powtarzamy. Zaznaczamy tylko ogólne wyniki. Wobec tej bądź cobądź nieznacznej liczby stwierdzonych niezgodności, musimy przyznać, że w podstawach metody Arnetha muszą leżeć fakty prawdziwe, nie możemy bowiem 86 zgodnych wyników odnosić do przypadkowego zbiegu okoliczności. Z drugiej strony jednak, badania nasze nie upoważniają nas do wysnuwania tak daleko idących wniosków, jakie wysnuwa Arneth, który upatruje w układzie krwi nietylko określony sprawdzian dla stanu obecnego danego chorego, ale i niezawodny wskaźnik dla rokowania. Usprawiedliwienia bowiem dla takiego twierdzenia w tak ścisłej i określonej formie, jak u Arnetha, w naszych przypadkach nie widzieliśmy. Być może, iż częstsze i wielokrotnie u jednego i tego samego chorego przeprowadzone badania i to w dodatku na bardzo dużym materyale chorych, dostarczyłyby nam podobnych przykładów. Związane z metodą Arnetha — wymagającą dość dużego nakładu pracy — trudności techniczne nie pozwoliły nam na to. Wniosków więc swoich, dotyczących prognostycznego znaczenia metody, stanowczo i pewnie wypowiedzieć nie możemy. Natomiast przeświadczenie, oparte na własnym, bądź cobądź dość licznym materyale, doprowadza nas do wniosku, że w sprawach chorobowych istotnie zachodzi przyczynowy związek między czynnikami chorobotwórczymi z jednej, a układem neutrofilnym krwi z drugiej strony. Związek ten jednak nie wydaje się nam dotąd dostatecznie określonym. Być może, iż brakuje jeszcze pewnych pośrednich ogniw w tym łańcuchu przyczyn i skutków. Z badań różnych przytoczonych przez nas autorów widzimy, że choroby zakaźne, wpływając na układ neutrofilowy, wpływają jednocześnie i na inne gatunki białych krwinek, jakoteż i na ciałka czerwone. Dotykają one jednem słowem układu krwi w różnorodnych jego częściach składowych, a więc nietylko jednych neutrofilów. Myśl tę zresztą wypowiada kilkakrotnie sam Arneth, zwłaszcza z powodu swych badań nad rakiem i doświadczeń nad zwierzętami. Wypada więc, że nietylko neutrofile zaangażowane są w walce ustroju z zakażeniem i intoksykacyą, a stąd dalszy wniosek, że badanie innych form ciałek białych, a także czerwonych, mogłoby metodę Arnetha u-

doskonalić i uzupełnić. Własnego jednak doświadczenia w tym kierunku nam brak.

W olbrzymiej większości przypadków (86 na 102), jakeśmy to już wyżej omówili, widzieliśmy zgodność zachowania się obrazu Arnetha z przebiegiem choroby, wyrażającym się bądź to w polepszeniu bądź w pogorszeniu stanu zdrowia danego chorego. Zauważyć jednak powinniśmy, że na ogół biorąc, polepszenia i pogorszenia układu krwi, pozostawały niejako w tyle za takiemiż zmianami w stanie chorych, t. j. odbywały się one cokolwiek wolniej i w zakresie nieco mniejszym, niżby się tego, opierając się na objawach klinicznych, spodziewać było można.

Nie możemy wreszcie nie zwrócić uwagi na fakt, że najcharakterystyczniejsze i najwybitniejsze zaburzenia w układzie krwi widzieliśmy u chorych z powikłaniami gruźlicą jelit. Natomiast u chorych, dotkniętych gruźlicą prosówkową i gruźliczem zapaleniem opon mózgowych widzimy wbrew oczekiwaniom obrazy krwi niezbyt znacznie uszkodzone.

Zarówno z naszych przypadkow, jak i z przypadków innych autorów, którzy nie stwierdzili również zgodności obrazu krwi w gruźlicy prosówkowej i gruźliczem zapaleniu opon, możemy wnosić, że szczególnie w tych powikłaniach zachodzą jakieś odmienne swoiste sprawy, które w sposób niedostateczny odbijają się na życiu komórek neutrofilnych.

Pomimo pewnych braków, jakie ma metoda Arnetha, uważamy ją za zdolną do oddania poważnych usług w szeregu złożonych zagadnień, związanych z kliniką gruźlicy. Aczkolwiek w wątpliwych przypadkach rozstrzygającemi są, jak dotąd, objawy kliniczne, to jednak badania krwi metodą Arnetha nadają objawom klinicznym cechę większej pewności i służą dla nich niejako za uzupełnienie.

Niemałą przeto zasługę przyznajemy Arnethowi, że pierwszy, dzięki swej pomysłowości, odwrócił oczy wszystkich od dotychczas przyjętej metody odsetkowego obliczania każdego gatunku krwinek białych, mającej w zastosowaniu klinicznem na ogół podrzędne znaczenie.

Być może, że zawodowi hematologowie wiele mają do zarzucenia zasadom metody Arnetha, opartym, jak sam autor zaznacza, na hypotetycznych podstawach. Być może, że z biegiem czasu pod wpływem nowych badań i nowego oświetlenia faktów, dotychczas poznanych, metoda ta ulegnie licznym zmianom. Nie uszczupli to jednak w niczem zasług badacza, odkrywającego nowe horyzonty, metodzie jego zaś nada jeszcze poważniejsze znaczenie [1]).

Piśmiennictwo. 1) J. Arneth. »Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infektionskrankheiten«. (Monographie). Jena 1904. — 2) Tenże. »Zum Verhalten der neutrophilen Leukozyten bei Infektionskrankheiten«. Münch. med. Woch. 1904. Nr 25. — 3) Tenże. »Die agonale Leukocytoze«. Mün. med. Woch. 1904. Nr 27. — 4) Tenże »Experimentelle Untersuchungen zum Verhalten der weissen (und roten) Blutkörperchen bei Infektions- und Intoxikationsversuchen, sowie nach Einverleibung von Eiweisskörpern und Heilseris«. Zeits. f. klin. Med. 1905. Bd. 57, und Münch. med. Woch. 1904. Nr 45. — 5) Tenże. Die »kachektische« Leukocytose; Verhalten der neutrophilen Leukocyten bei Carcinom. Zeit. f. klin. Med. 1904. Bd. 51. — 6) Tenże. »Blutuntersuchungen bei der Tuberculose der Lungen und bei der Tuberculinkur«. Münch. med. Wochs. 1905. Nr 12. — 7) Tenże. »Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen«. Zeitschr. f. Tub. Bd. VII. Heft 4. u. 5. — 8) Tenże. »Erwiderung zu Hiller's: Beiträge zur Morfologie der neutrofilen Leukozyten und ihrer klinischen Bedeutung«. Folia Haemat. 1905. Nr 3. — 9) Tenże. »Zu meinen Blutuntersuchungen (Nachprüfungen, einige weitere Beiträge) Erwiderung zu Flesch u. Schossberger«. Deut. Arch. f. klin. Med. 1906. Bd. 87. — 10) Tenże. a) »H. Pollitzers Anschaungen über die Kernbeschaffenheit der neutr. Leukozyt. unter normalen u pathologischen Verhältnissen«. Wien. med. Woch. 1907. Nr 9. u. 10. b) »Entgegnung zu H. Pollitzer: zu Arneth's Verschiebung etc. etc« Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 94. c) »Zu H. Pollitzer: Beiträge zur Morphologie und Biologie etc. etc.« Folia Haemat, 1908. Bd. VI. — 11) Tenże »Zu Paulicek: zur qualitativen Blutuntersuchung nach der von Arneth angegebenen Methode«. Folia Haemat. Supplement. 1907 Nr 2. — 12) Tenże. a) »Entgegnung zu Bourmoff und Brugsch: Das neutr. Blutbild bei Infektionskrankheiten«. Zeitschr f klin. Med. Bd 64. b) »Das neutr. Blutbild bei Infektionskrakheiten« Gegenerwiderung zur Antwort von Th. Brugsch etc.» Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 66. Heft 1. u. 2. — 13) Tenże. »Diagnose und Therapie der Anämien«. 1907. Würzburg. Stuber. — 14) Tenże. »Die Leukozytoze in der Schwangerschaft, während und nach Geburt und die Leukozytose der Neugeborenen«. Arch. f. Gynäkol. 1907. Bd. 74. Heft 1. — 15) K. Bocheński: »Znaczenie badania krwi w przypadkach zakażenia gnilnego z uwzględnieniem neutrofilnego obrazu i bakteryologicznego badania krwi«. Lwow. Tyg. lek. 1908. Nr 45—48 (incl.). — 16) O. Burkard. „Das neutrophile Blutbild im physiologischen u. pathologischen Wochenbette und seine Veränderungen unter der Streptokokkenserumwirkung«. Arch. f. Gynäkol. 1907. Bd. 80. Heft 3. — 17) Th. Bourmoff u. Th. Brugsch. »Das neutrophile Blutbild bei Infektionskrankheiten«. Zeitsch. f. klin. Med. 1907. Bd. 63. H. 5 u. 6. — 18) Th. Brugsch. »Das neutr. Blutbild bei Infektions krankheiten« eine Antwort auf Arneth's Entgegnung etc. etc.« Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 64. — 19) R. Dunger. »Das Verhalten der Leukozyten bei intravenösem Collargolinjektionen und seine klinische Bedeutung«. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1907. Bd. 91. — 20) Esser. »Das neutrophile Blutbild beim natürliche und künstlich ernährten Säugling«. Münch. m. Woch. 1906. Nr 34. — 21) M. Franke. »Über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Verlauf der Leukämie (mit besonderer Berücksichtigung der Blutbefunde)«. Wien. klin. Woch. 1905. Nr 33. — 22) Flesch und A. Schossberger. »Die Veränderungen des neutrophilen Blutbildes bei Infectionskrankheiten«. Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1905. Bd 62. Heft 3 N. F. — 23) Ciżsami. »Die Veranderungen des neutr. Blutbildes im Inkubationsstadium von Masern. Ibidem. 1906. Bd. 64 Hft. 3. N. F. — 24) C. Funck. »Zum Verständniss der Besserung der Leukämie durch interkurrente Infektion«. Berl. klin. Woch. 1906. Nr 40. — 25) E. Gräfenberg. »Die prognostische Bedeutung der morphologischen Blutelemente bei puerperalen Erkrankungen«. Arch. f. Gynäkol. 1908. Bd. 85. Heft 2 — 26) E. Grawitz. »Klinische Pathologie des Blutes«. 1908. — 27) F. Hiller. »Beiträge zur Morphologie der neutrophilen Leukozyten und ihrer klinischen Bedeutung«. Folia Haematol. 1905. Nr 2.— Pappenheim. »Einige Bemerkungen zu vorstehendem Artikel». Ibidem. — 28) Kownatzki. »Blutuntersuchungen bei Puerperalfieber«. Beiträge zur Geburtshilfe u Gynak.«. 1906. Bd. 10 Heft 2. — 29) Kaufmann. »Unsere Erfahrungen mit Serum Marmorek«. Beitr. zur klin. der Tub. Bd. XI.— 30) Kothe. »Das neutrophile Blutbild im Frühstadium der akuten Appendicitis«. Berl klin. Woch. 1908. Nr 36. — 31) St. Lewinson. »Spostrzeżenia nad neutrofilowymi leukocytami w niektórych sprawach chorobowych«. Pamiętnik. Tow. lek. Warsz. 1908. T. 104. — 32) H. Pollitzer. »Über Arneth's Verschiebung des neutrophilen Blutbildes«. Wien. med. Woch. 1906. Nr 18 u 19. — 33) Tenże. »Zu Arneth's Verschiebung des neutr. Blutbildes«. Deut. Arch. f. klin. Med. 1907. Bd. 93. Heft 1 u. 2. — 34) Tenże. Beiträge zur Morphologie und Biologie der neutrophilen Leukozyten«. Zeitschrift f. Heilkunde 1907. — 35) E. Paulicek. »Zur qualitativen Blutuntersuchung nach der von Arneth augegebenen Methode«. Folia Haemat. 1907. Nr 6. — 36) F. Orland. »Beiträge zur Untersuchung des neutrophilen Blutbildes beim gesunden u. kranken Säugling«. Inaug. Disser. Bonn 1907/8. — 37) Röver. »Über 25 mit Marmorek's Serum behandelte Fälle von Tuberkulose«. Beitr. z. klin. der Tub. 1906. Bd. V. — 38) N. Schneider. »Über das Verhalten des Blutes im Verlaufe einer kruppösen Pneumonie bei einem Kranken mit Polycythaemia myelopathica bei welchem die Milz früher exstirpiert wurde«. Wien. klin Woch 1907. Nr 27. — 39) Uhl. »Über die neutrophilen Leukozyten bei der specifischen Therapie der Lungentuberculose«. Beitr. z. klin. der Tub. 1906. p 249 — 40) Fr. Weidenreich. »Beiträge zur Kenntniss der granulierten Leukozyten«. Archiv. f. mikrosk. Anatomie 1908. Bd. 72. — 41) J. W. Wolff. »Die Kernzahl der Neutrophilen, ein diagnostisches Hilfsmittel bei Eiterungen des weiblichen Ge-

[1]) Artykuł niniejszy jest streszczeniem obszernej pracy, która wyjdzie w całości z początkiem r. 1910 w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«.

schlechtsapparates«. Heidelberg 1906. — 42) T. Żeleński. »O znaczeniu klinicznem neutrofilnego obrazu krwi, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym«. Przegl. lek. 1906. Nr 29—33.

Oceny i sprawozdania.

Dr Fr. Giedroyć: **Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Wodociągi i kanały miejskie.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie historycznym«). Warszawa 1910. Str. 117.

Z radością i wdzięcznością bierzemy do ręki każdą nową monografię, którą Dr Giedroyć wzbogaca nasze piśmiennictwo z zakresu dziejów medycyny i higieny w Polsce. Każda rozprawa pracowitego badacza źródeł historycznych przynosi bowiem cały szereg nieznanych albo mało znanych faktów i rzuca światło na coraz nową stronę naszej dawnej kultury, o ile ona przejawiała się na polu nauk lekarskich i higieny. A właśnie badania historyczne w tym względzie leżały u nas do niedawna odłogiem i szczególnie dawał się odczuwać brak pracowników, którzyby poświęcali się badaniu źródeł. Dr Giedroyć ma tę wielką zasługę, że ten kierunek, zaniedbany od szeregu lat, wznowił i przykładem swoim zachęcił innych. Po piętnastu latach pracy może też Dr Giedroyć z dumą obejrzeć się na bogaty swój dorobek naukowy, wśród którego są rzeczy drobne i wielkie, ulotne szkice i poważne monografie, ale niema rzeczy słabych, a jest coraz więcej rzeczy wartości pierwszorzędnej, w miarę, jak działalność badacza mężnieje, opierając się na coraz lepszem opanowaniu materyału i metody.

Badając dzieje urządzeń higienicznych naszych miast, zdołał Dr Giedroyć odszukać znacznie więcej wiadomości o wodociągach, aniżeli o kanalizacyi. Kanały były w miastach dawnej Polski przeznaczone wyłącznie do ścieku wód, nie wolno przeto było ich zanieczyszczać, ani łączyć z nimi ustępów; bywały do nich wpuszczane jedynie rynsztoki. Treść kanałów wyprowadzano poza miasto i wpuszczano do rzeki. O kanalizacyę troszczyły się miasta polskie już w czasach stosunkowo bardzo dawnych; zapiski archiwalne w tym przedmiocie spotyka się już w wieku XIV. Kanały główne budowały miasta przeważnie kosztem własnym, nad budową kanałów bocznych, domowych, czuwał biegły (geometra). Można więc, pomimo dość skąpych wiadomości, które o kanalizacyi dotrwały do nas z owych czasów, wnosić, że urządzenie to stało w miastach dawnej Polski na wcale wysokim stopniu.

Niema zaś najmniejszej wątpliwości, że sprawa zaopatrzenia w wodę była za czasów polskich w miastach naszych rozwiązana daleko powszechniej, niż obecnie. W tym zakresie z dawnej naszej kultury pozostały albo tylko ruiny, albo nawet ślad został już tylko w dawnych dokumentach i dzisiaj trzeba wszystko zaczynać od początku. A mają wodociągi miejskie w dawnej Polsce niemałą przeszłość, skoro już w r. 1461 pozwala król Kazimierz Jagiellończyk Krosnu urządzić wodociągi na wzór i n n y c h miast Rzpltej, gdzie widocznie dawniej już istniały. Już w końcu w. XIII urządziły sobie wodociągi klasztory Dominikanów w Krakowie i Poznaniu; w końcu w. XIV urządza Kraków wodociągi, które w r. 1443 obejmowały już całe miasto; największy ruch na tem polu rozwinął się w pierwszej połowie w. XVI. nietylko w większych, ale i pomniejszych miastach. Wodociągi te planowali i budowali biegli zawodowcy, których Dr Giedroyć wylicza cały szereg, a wśród których, rzecz ciekawa, znajduje się także nasz genialny Kopernik, widocznie prócz astronomii, matematyki i medycyny, znakomicie znający technikę, skoro budował podobno wodociągi w wielu miastach pruskich. Dla nadzoru i napraw wodociągów opłacały miasta stałych rurmistrzów. Przy urządzaniu wodociągów główną rolę odgrywał brak dostatecznej ilości wody w mieście na potrzeby gospodarcze i browarniane, oraz na wypadek pożaru; względy zdrowia miały, jak się zdaje, znaczenie uboczne, chociaż np. z aktów m. Pilzna i Krakowa (1618) wynika, że niekiedy miano je także na oku. Rozpatrzenie, skąd wodę brano, doprowadza Dra Giedroycia również do wniosku, że niekiedy kierowano się względami zdrowia przy wyborze źródła, ale że przeważnie niewiele na to zwracano uwagi. Urządzenie wodociągów bywało rozmaite, niekiedy bardzo kosztowne, gdy wypadło wodę podnosić w górę (pompy, koła skrzynczaste) do zbiornika. Z »rurmuzów« prowadziły wodę rury drewniane (wyjątkowo spiżowe — w Drohobyczu), prawie zawsze podziemne, nietylko do studni miejskich, ale z reguły także do domów prywatnych, łaźni, browarów. Za użycie wody pobierano opłatę; toteż znajdowali się przedsiębiorcy, budujący wodociągi dla miasta, a potem ściągający sobie należność z zyskiem z owych opłat. Częściej budowali jednak mieszczanie wodociągi kosztem własnym, zaciągając niekiedy na budowę pożyczki. Ale bywali też obywatelskim duchem przejęci dobroczyńcy miast, fundatorowie wodociągów: przechowały się nazwiska Piotra Bembenka w Ciężkowicach, Iwaszka we Lwowie, Stanisława Tureckiego i kanonika Sulisława w Płocku, Narsesa w Kamieńcu, Dra Bartolana w Sandomierzu. O późniejszych losach wodociągów niewiele dochowało się wiadomości; niektóre spłonęły, większość zniszczała podczas nawały szwedzkiej za Jana Kazimierza i później.

Czytając, że miasta nasze zdobyły się niegdyś na »urządzenia, któremi obecnie jeszcze nie wszystkie stolice mogą się poszczycić, że urządzenia te nieraz służyły nietylko ku wygodzie, lecz bywały wprost »ozdobą« miast polskich«, że istniały nawet w takich, dziś podupadłych miasteczkach, jak Ciężkowice, Czchów, Opatów, Proszowice, Wiślica i w. i., niełatwo obronić się niejednej smutnej refleksyi o zniszczałym w tylu kierunkach, a częściej — pięścią najeźdzcy zniszczonym dawniejszym naszym dorobku kulturalnym. *Z.*

Prof. Dr Ludwik Bruner. **Ewolucya materyi, zarys nauki o promieniotwórczości.** Kraków 1909. Nakładem Kółka matematyczno-fizycznego uczniów Uniw. Jag. — Cena 3 kor.

W dobie dzisiejszej, kiedy nowe odkrycia w zakresie promieniotwórczości poczynają naukom biologicznym i lekarskim otwierać dalekie horyzonty, musi także każdego lekarza zaciekawiać świat zjawisk promieniotwórczych i wnioski, jakie z nich wysnuwa nauka. Pożądaną sposobność do zapoznania się ze współczesnym stanem tej sprawy daje książka Prof. Brunera, powstała z wykładów, wygłoszonych w ubiegłem półroczu zimowem w Uniwersytecie Jagiellońskim, a przeznaczona »dla szerokiego ogółu osób, interesujących się postępami nauk przyrodniczych«. Istotnie jasne i dostępne przedstawienie zawilszych nawet zagadnień radiochemii, pozwala każdemu czytelnikowi, obeznanemu ogólnie z naukami przyrodniczemi, odnieść z przestudyowania dzieła Prof. Brunera zamierzone korzyści w zupełności, a żywy — przy zachowaniu całej ścisłości naukowej — tok wykładu, utrzymuje uwagę czytelnika w ciągłem napięciu i sprawia, że dzieło czyta się bez znużenia i z rzeczywistą przyjemnością. Kto miał sposobność słuchać świetnych wykładów w tym przedmiocie, wygłoszonych przez Prof. Brunera w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem i na I. Zjeździe internistów polskich, powita z radością dzieło, które wykłady te w pamięci jego odświeży i uprzytomni mu wszystkie ich zalety; ci zaś, dla których książka będzie nowością, a którzy w niej szukać będą łatwego zapoznania się z zasadami radiochemii współczesnej, nie zawiodą się w oczekiwaniach i po przeczytaniu książki z pewnością potwierdzą, że zaleca się ona sama.

Przedmiot wykładu ujął autor w 7 rozdziałów: 1) Wstęp. Odkrycie zjawisk promieniotwórczych. 2) Zjawiska przewodzenia elektryczności w gazach. 3) Rad (rozdział ten zawiera niezmiernie ciekawe wiadomości o prawach rozkładu ciał promieniotwórczych i o produktach rozkładu radu). 4) Energetyka przemian promieniotwórczych. 5) Szeregi promieniotwórcze toru i aktynu. 6) Rozpowszechnienie radu w przyrodzie (w atmosferze, wodach źródlanych, skałach). Znaczenie radu dla zjawisk kosmicznych. 7) Promieniotwórczość zwykłych pierwiastków. — Niepodobna tu oczywiście kusić się nawet o pobieżne naszkicowanie bogatej treści książki; w żadnym przypadku nie dałoby ono wyobrażenia o pożytku, jaki z przeczytania z samego dzieła odniosą ci, którzy je ujmą w rękę. *R.*

Alfred Sokołowski: **Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.** Odczyty kliniczne. Serya XVIII. Zeszyt 6. Warszawa 1909. Str. 35.

W zwięzłej, a treściwej formie porusza autor, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekarskiem całego świata, najbardziej palące, a dotąd jeszcze nie rozstrzygnięte ostatecznie zagadnienia z dziedziny rozpoznawania poczynającej się gruźlicy płuc i jej postaci ukrytych, oraz stosowania obecnych metod leczniczych, biorąc za punkt wyjścia nietylko interes chorego, ale przedewszystkiem dobro całego ogółu. — Uzbrojony w bogate osobiste doświadczenie, podaje nam autor cały szereg klinicznych danych dla różniczkowego rozpoznania poczynającej się gruźlicy od niektórych postaci zapalenia wsierdzia (*endocarditis subacuta*) lub podostro przebiegającego zapalenia miedniczek nerkowych lub wreszcie zmian ropnych narządów płciowych u kobiet. Tu

pierwsze miejsce, obok różnych klinicznych objawów, wyznacza autor skrycie przebiegającej gorączce, o niewielkich nasileniach południowych lub wieczornych do 37·1—37·5°. Z tego zaś wynika, przy przypuszczeniu sprawy gruźliczej, konieczność systematycznego przynajmniej w ciągu tygodnia mierzenia ciepłoty 3—4 razy dziennie. Z kolei dotyka autor niektórych szczegółów badania fizycznego, uważając — i słusznie — że niewielkie zmiany opukowe, jak również i osłuchowe nie mogą ostatecznie sprawy rozpoznania rozstrzygnąć; ważniejszem jest tu baczne spostrzeganie chorego i zestawienie całokształtu klinicznych objawów. Jednocześnie należy posługiwać się nowszemi metodami, a mianowicie promieniami Röntgena, które pomimo zachodzących pomyłek »wykrywają niejednokrotnie — powiada autor — złogi i to nieraz bardzo małe w szczytach lub innych częściach płuc, niedostępne dla innych metod badania fizycznego«. Większe w tym względzie znaczenie przypisuje autor metodzie skórnej v. Pirqueta, a zwłaszcza ocznej Calmetta. — Odrzucając metodę starej szkoły Kocha, jako nie zawsze bezpieczną dla chorego, a przytem w wynikach niepewną (80% zdrowych młodych żołnierzy oddziaływało na starą tuberkulinę), poleca autor metodę Calmetta jako »niezwykle ważny środek rozpoznawczy w wątpliwych przypadkach gruźlicy płuc i innych narządów«, zwłaszcza u osobników młodych i u starszych dzieci. Ale i ta metoda, choć pewniejsza od metody opsoninowej Wrighta lub od metody uchylenia komplementu Bordeta i Gengou, lub wreszcie od najnowszej metody Calmetta (zastosowanie jadu Cobry), ostatecznie rozstrzygać nie może. »Jedynie przez zastosowanie — powiada autor — wszystkich dostępnych nam dzisiaj metod i krytyczną ich ocenę« można w każdym poszczególnym przypadku rozpoznać poczynającą się gruźlicę. — Taką samą drogą należy podążać do rozpoznawania utajonych postaci gruźlicy płuc (postać rozedmowa, zwykła włóknista, rzekomo — blednicza i inne), opisanych już przed 18 laty przez autora, gdy w piśmiennictwie lekarskiem niewiele o nich wiedziano. — Również gruntownie, jak sprawę wczesnego rozpoznawania gruźlicy, rozpatruje autor współczesne metody lecznicze, wyrażając ubolewanie, że »o ile dyagnostyka zrobiła w ostatnich czasach istotne postępy, to niestety o terapii można właściwie powiedzieć rzecz wręcz przeciwną, — wstąpiliśmy w okres prawdziwego chaosu«. Tak zwane »specyfiki« przeciwgruźlicze są przedmiotem bezlitośnej krytyki autora, zwłaszcza ze względu na handlowo-przemysłową ich stronę. Przynoszą one korzyść ich twórcom, a szkodzą chorym przez ujemne działanie uboczne, najczęściej na narząd trawienia. W dzisiejszym stanie wiedzy najlepsze wyniki daje leczenie sanatoryjne i prowadzona na szeroką skalę przez państwo i społeczeństwo akcya higieniczno-sanitarna, mająca na celu zapobieganie rozszerzaniu się gruźlicy; za dowód zaś skuteczności tej akcyi służyć może zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy w Anglii i Niemczech. Ale i te środki, choć racyonalne, wobec ogromu zła, wyrządzanego przez gruźlicę, nie są jeszcze dostateczne, jeśli rozpatrzyć dokładniej statystykę trwałych wyników leczenia higieniczno-dyetetycznego. Autor, rozpatrując wszechstronnie tę sprawę, dochodzi do wniosku, że »problemat leczenia i powstrzymania rozwiniętej już gruźlicy dotąd rozstrzygnięty nie jest«. Uznając całą trudność tego problematu, przyczynę widzi autor głównie w tem, że zarówno sprawa przyrodzonej odporności ustroju wobec gruźlicy, jakoteż sprawa sztucznego uodpornienia przeciw gruźlicy ze stanowiska naukowego dotąd nie jest rozwiązana. Rozwiązana jednak być powinna na drodze badań naukowych. Zapowiedzią w tym względzie — po dawnej erze niefortunnych prób Kocha i jego szkoły — są podjęte na nowo na wielką skalę w wielu pracowniach naukowych poszukiwania w dziedzinie swoistego leczenia gruźlicy i stosowanie coraz szersze, wedle różnych metod, licznych przetworów swoistych w sanatoryach i klinikach. Skreśliwszy bardzo jasno zasady uodpornienia biernego i czynnego przeciw gruźlicy, poddaje autor słusznej krytyce zbytni entuzyazm zwolenników szkoły Kocha, którzy uważają sprawę swoistego leczenia gruźlicy już dziś za rozstrzygniętą. Z drugiej jednak strony, widząc w całym szeregu przypadków własnych, jakoteż i innych poważnych klinicystów, dodatnie wyniki stosowania rozmaitych tuberkulin, jak Beranecka, Jacobsa, Denysa i in., dochodzi autor do wniosku, że usiłowania te po długich i mozolnych próbach rokują, — choć może jeszcze nie w blizkiej przyszłości, — powodzenie. »Akta sprawy nie są jeszcze zamknięte«, — powiada autor, ale na tej drodze oczekuje on »rozwiązania tego niezwykle zawiłego problematu«. W końcu swej wielce ciekawej rozprawy omawia autor pokrótce różne zabiegi chirurgiczne w gruźlicy płuc, jak resekcya chorych części płuca, resekcya żeber, wreszcie sztuczna odma piersiowa, i dochodzi do wniosku, że stanowią one w leczeniu *ultima ratio* po bezskutecznem wyczerpaniu wszelkich dotychczasowych metod leczniczych.

Zastanawiając się nad całą treścią tej pracy, śmiało powiedzieć można, że chyba trudno lepiej wywiązać się z zadania, poruszającego najnowsze zagadnienia czysto naukowe w związku z zagadnieniami klinicznemi, i to w sprawie tak złożonej, jak gruźlica. A przytem cechuje rozprawę wykład jasny, który w sposób prosty i przejrzysty przedstawia czytelnikowi najbardziej zawikłane pytania. Monografia Dra Sokołowskiego powinna znaleść się w ręku każdego lekarza, interesującego się temi dwoma arcyważnemi zagadnieniami: wczesne rozpoznanie i racyonalne leczenie gruźlicy. *Kazimierz Dluski.*

Dr Hans Elsner: **Lehrbuch der Magenkrankheiten für Aerzte und Studierende.** S. Karger, Berlin 1909.

Podręcznik Elsnera, ucznia Boasa, jest dla piśmiennictwa nabytkiem bardzo pożytecznym. Napisany zwięźle, ale wyczerpująco i jasno, daje dokładny obraz dzisiejszego stanu nauki o chorobach żołądka, uwzględnia najnowsze zdobycze: rentgenologię, badanie zaczynów i t. p. Wielką zaletę książki stanowi doskonale zestawiona literatura, przyczem nasi autorzy zostali wiernie przytoczeni i źródła wskazane.

Dzieło zasługiwałoby na przekład polski.

J. Maybaum (Łódź).

V. Chlumsky: **Ucebnice o prikládání obvazuv.** (Nauka zakładania opatrunków). Praha 1909.

Podręcznikowi Chlumskyego należałaby się wzmianka w »Przeglądzie lekarskim« już choćby z tego względu, że jest ona poniekąd utrwaleniem polskich wykładów autora na wszechnicy krakowskiej, obecnie przez niego wyzyskanych na użytek jego rodaków. Ale ważniejszym jest wzgląd, że godzi się zwrócić uwagę na podręcznik, napisany jędrnie i jasno, objaśniony mnóstwem (171) doskonałych rycin, który, jako wydany w języku słowiańskim, mógłby bez zbyt wielkich trudności zastąpić w rękach uczącej się młodzieży podobne podręczniki niemieckie. Może też autor, rozporządzając już rycinami, wyda go i po polsku, coby było jeszcze pożądańsze, choć może nie tak łatwe, jak wydanie książki w Czechach, gdzie Akademia Umiejętności, rozporządzając funduszem Dra Sichy, obficie wspiera wydawnictwa lekarskie, nawet w zakresie podręczników praktycznych.

Z.

Zapiski lecznicze, nowe leki i przetwory.

Syrup »Vesicurin«. Brunatny płyn, składający się z urotropiny, salicylu, kozłka, goryczki i ziół używanych w cierpieniach dróg moczowych.

Tabletki »Haemostan« składają się z *Extract. hydrast fluid.*, *Extract. Gossypii sicc.*, *Extract. hamamelid. 0.03*, *Chinin mur.* 0·001, *Pulv. rad hydrast.* 0·09.

Calmyren (pigułki przeciw histeryi, neurastenii i t. p.) składają się z kozłka, pepsyny, chininy, kamfory i kondurango.

Rhome (tabletki przeciw zaburzeniom płciowym) składają się ze strychniny, yohimbiny i fosforu.

Anorrhal (czopki przeciw wypryskom, swędzeniu, pęknięciom stolca i krwawnicom) mają skład następujący: nadnerczyna, sozojodol, *extr. hamamel.*, ałun, cynk i gliceryna.

Turiopin (pastylki przeciw krztuścowi i nieżytom), *past. turionum pini.*

Eukeria, angielski jedwab do czyszczenia zębów.

Contratussin = *Extract. thymi* (Bayer).

Digastrin: cytrynian magnezyi z pepsyną. *A.*

W zapaleniu nagminnem opon mózgowordzeniowych okazała się skuteczną surowica przeciwmeningokokowa. W Austryi sprowadzać ją można z instytutu seroterapeutycznego w Wiedniu (IX. Zimmermanngasse 3). *R.*

Przeciwko bolom przeszywającym, przełomom żołądkowo-kiszkowym i przypadłościom pęcherzowym przy wiądzie rdzenia okazują się często podług Müllera skuteczne śródmięśniowe wstrzykiwania 1 cm³ rozczynu: Rp. *Thiosinamin, Glycerin aa 10,0, Natr. salicyl. 20,0, Aq. dest. ad 100,0.* Czasem z rozczynu wypadają kryształki i wtedy należy płyn przed użyciem ogrzać. (*Med. Klinik*, Nr 21). *A.*

Przeciwko migrenie poleca Martinet następujący proszek: Rp. *Acid. citric. 0,05, Coffeini. 0,1, Antipyrin 1,0.* Doda-

tek kwasu cytrynowego usuwa szkodliwe działanie na błonę śluzową żołądka. (*Presse méd.* 13. III.). *A.*

Wyciąg móżdżku owcy okazał się według Pagea bardzo skutecznym w leczeniu chorób nerwowych, zwłaszcza neurastenii, melancholii i t. p. Wyciąg ten, nazwany cereprosin, wstrzykuje się codziennie przez 6—8 tygodni. (*Akad. lek.* Paryż, 18. III. b. r.). *A.*

Przy cuchnieniu z ust i zakaźnych cierpieniach jamy ustnej poleca Kopp pastylki »formamint« do żucia (i wypluwania) lub też do płukań (10 tabletek na litr wody). (*Therap. Monatsh.* Nr 5). *A.*

Wydalenie pęcherzyka żółciowego ze stolcem spostrzegał Leonardi. Chory cierpiał od dłuższego czasu na przypadłości wątrobowe i nagle wśród wymiotów, omdlewań, kolek i biegunek oddał ze stolcem cały (?) pęcherzyk żółciowy. (*Gaz. d. Osp.* Nr. 31, 1909). *A.*

Purgen (fenolftaleina) nie jest według Gillettea trujący nawet w wielkich dawkach. W przypadku spostrzeganym przez G. trzechletnie dziecko spożyło 25 tabletek, t. j. 1·5 grm purgenu bez żadnych cięższych następstw. (*Journ. of. Amer. med. Ass.* T. 51). *A.*

Nową pożywkę dla odróżnienia prątków durowych (agar z zielenią chinową) podał Werbitzki. Pożywka ta wstrzymuje rozwój prątka okrężnicy, a na rozwój durowych prątków działa korzystnie. (*Arch. f. Hyg.* 69. II). *A.*

Nowy kieszonkowy przyrząd do faradyzacyi podał Braendli z Bazylei. Nadaje się on szczególnie dla lekarza praktycznego. Waży 700 grm i kosztuje około 80 koron (firma Braendli-Bazylea). (*Med. Klinik*, Nr 20). *A.*

Wygodny zbiór najpotrzebniejszych przyrządów dla lekarza podał Lederle. Stetoskop jest zarazem wziernikiem, t. j. płytka służy za lustro, a w drugim końcu znajdują się trzy wzierniki uszne, schowane pod pukadłem. Młotek do pukania służy za szpatułkę i ma w środku lancet do szczepienia. (*Med. Klinik*, Nr 25). *A.*

Modyfikacyę przyrządu Esbacha, dozwalającą na obliczanie ilości białka w przeciągu 2—6 minut, podał Dr Kwilecki z Wrocławia. (*Münch. med. Wochs.*, Nr 26). *A.*

Okresowy białkomocz ortostatyczny wystąpić może podług Mayera także jednostronnie po urazie. (*Zeitschr. f. gyn. Ur.* I. 4). *A.*

Dla chorych na cukrzycę poleca Cahal sporządzanie chleba w następujący sposób: Na kilogram chleba bierze się 400 grm mąki orzechowej, 200 pszennej, 12 grm sody i 6 grm *acid. tartaricum* i zarabia z wodą na ciasto. 100 gramów tego chleba zawiera około 15 grm węglowodanów, gdy chleb zwykły zawiera ich 60 grm. Nadto chleb Cahala zawiera tłuszcz i białko. (*Spitalul*, Nr 3). *A.*

Przy dychawicy oskrzelowej wśród napadu poleca Goldscheider: kąpiele świetlne, ew. gorące powietrze, naświetlania rentgenowskie, a także ciepłą wannę i zimne tusze brzucha i karku. Poza napadem; prócz leczenia higienicznego: przyrząd Waldenburga, Tobolda i t. p., gimnastyka oddechu (Hughes), fotele oddechowe Strümplla, Steinhoffa i t. p., elastyczny gorset Schreibera, a zwłaszcza elektryczny fotel oddechowy Bogheaua. (*Zeitschr. f. diät. u. ph. Ter.* XIII. 3). *A.*

Celem wstrzymania napadu dychawicy oskrzelowej poleca Jagil podskórne wstrzykiwania adrenaliny (0,5 cm^3 rozczynu 1: 1000). (*Berl. klin. Wochs.* Nr 13). *A.*

Przy zapaleniu oskrzeli polecają **balsam peruwiański:** Rp. *Balsam peruv. 6,0, Myrrhae 10,0, Extr. opii 2,0. Mfpil.* Nr 150. S. 2 do 6 pigułek dziennie. (*Rif. med.* Nr 3).

W początkach grypy poleca Ross co dwie godziny aż do spadku ciepłoty podawać chorym po 10 kropli olejku cynamonowego w wodzie. (*Presse méd.* 13. II. 1909). *A.*

Promienie rentgenowskie oddają podług Schillinga znakomite usługi w leczeniu przewlekłego zapalenia oskrzeli, dychawicy oskrzelowej i rozszerzenia oskrzeli. S. otrzymał w 25% wyleczenie, a w 50% poprawę, trwająca do roku i dłużej. (*22. Zjazd med. wewn.* Wiesbaden). *A.*

Wyrostek barkowy podług Kuthyego przy gruźlicy płucnej jednostronnej pozostaje przy wdechu wyraźnie w tyle lub wcale się nie porusza. K. spostrzegał ten objaw bardzo często i nadaje mu nawet nazwę: »Acromialsymptom bei Lungentuberkulose«. (*Zft. f. Tub.* XIV. 3). *A.*

Dla odkażenia brudnej bielizny suchotników zalecają Roepke i Busch moczenie jej przez 12 (bielizna zwykła z łóżka) do 24 godzin (chustki do spluwania) w 2% rozczynie surowego lizoformu. Moczenie to nadaje się do odkażania brudnej bielizny przed oddaniem do prania. (*Zft. f. Tub.* XIV. 3). *A.*

Śródżylne stosowanie środków sercowych nie jest podług Mayora wolne od niebezpieczeństw i stosować je należy tylko w razie wybitnych wskazań, t. j. przy nagłej niedomodze serca tam, gdzie niema czasu na stosowanie innych środków lub też tam, gdzie te już nie skutkują. Bardzo źle znoszą to leczenie chorzy z przewlekłem zapaleniem nerek i zmianami w mięśniu i naczyniach serca. Gdy pierwsze wstrzyknięcie nie skutkuje, nie należy go nigdy powtarzać. Działanie strofantusa jest za mało obliczalne i lepiej już stosować digalen. (*Soc. d. thérap.* Paryż, 24. III. 1909). *A.*

Napary naparstnicy ulegają, jak wiadomo, bardzo rychło zepsuciu. Focke starał się wyszukać środek, zapomocą którego możnaby trwałość naparu podnieść bez popsucia smaku. Najodpowiedniejszy okazał się dodatek 5% alkoholu. Ewentualnie celem zobojętnienia (u ludzi z podrażnionym żołądkiem) dodaje 0,02 sody. (*Med. Klinik* Nr 25). *A.*

Miesienie wibracyjne poleca Plate przy nerwowych i organicznych schorzeniach serca. (*Zeitft. f. diät. u. ph. Th.* XIII—2). *A.*

Pęknięcie prawego przedsionka serca, stwierdzone dopiero przy sekcyi, spostrzegał Kugel u 44-letniego robotnika, który wśród pracy stracił nagle przy dźwiganiu ciężaru przytomność. Śmierć nastąpiła dopiero w 42 godzin. Chory odzyskał rychło przytomność, ale tętno nie powróciło. Gdyby się dało rozpoznać pęknięcie, to operacya, a było na nią dość czasu, możeby mogła uratować chorego. (*Prager med. Wochs.* 1909, Nr 21). *A.*

Związek liczby ciałek białych z ciśnieniem krwi przy różnych położeniach ciała wykazują Heyderthal i Hasselbach. Tak n. p. przy zmianie położenia leżącego na stojące zjawia się chwilowe zmniejszenie się liczby ciałek białych, a przy położeniu się zwiększenie. U chorych na serce zmiany te są nie typowe, a czasem odwrotne. Krótkie bieganie wywołuje także krótkotrwałe zwiększenie się ilości ciałek białych. Zmiany te w ilości ciałek białych odnieść należy do wahań ciśnienia krwi, które n. p. przy wstawaniu opada, przy położeniu się podnosi się i t. p. (*Hospit.* Nr 11). *A.*

Sztucznie wywołana pełnokrwistość nie wywołuje podług Hessa u zwierząt, nawet przy długiem trwaniu, przerostu serca. Pełnokrwistość tę wywołać można śródżylnemi wstrzykiwaniami, przyczem okazuje się, że fizyologiczny rozczyn soli kuchennej znika ze krwi bardzo szybko, dłużej pozostaje już rozczyn żelatyny, a najdłużej przelana krew pokrewna. (*Arch. f. klin. Med.* 95. V—VI). *A.*

Limfocytoza wysięku opłucnego, zwłaszcza przy braku gorączki, przemawia po wyłączeniu gruźlicy według Prof. Schlesingera bardzo za nowotworem płuc lub opłucnej. (*Tow. med. wewn. i dziec.* Wiedeń). *A.*

Niebezpieczeństwo rozwlekania płonicy przez wyleczonych podniósł Preisich na posiedzeniu budapeszteńskiego Towarzystwa lekarskiego; to między innemi jest przyczyną, że płonica w dużych miastach, zwłaszcza tam, gdzie są szpitale, nie wygasa prawie nigdy. Zakażenie to odbywa się głównie z błony śluzowej, gdzie drobnoustroje przebywają bardzo długo. O ile w domach prywatnych, gdzie występują tylko pojedyncze przypadki płonicy, ta możność roznoszenia zakażenia po wyleczeniu jest bardzo mała, o tyle w szpitalu jest ona bardzo wielka, albowiem wyleczeni przyjmują zarazki od nowo przybyłych i roznosić je mogą po mieście, zwłaszcza, jak to zauważył Deutsch, jeżeli zapadną na nieżyt nosa. Z tego też powodu P. jest tego zdania, że ozdrowieńców należy już w 3. tygodniu oddzielać w szpitalu od świeżo przybyłych chorych i następnie trzymać ich osobno przez 2 tygodnie. W szpitalach zakaźnych powinny być podług P. salki dla świeżo przyjętych chorych, skąd po upływie 3 tygodni w razie zdrowienia, wyleczeni przeniesieni być powinni na sale ogólne, a ozdrowieńcy z powikłaniami na osobne salki, a dopiero po zupełnem wyzdrowieniu na 2 tygodnie do sali ozdrowieńców. *X.*

Korzystny wpływ czerwonego światła przy odrze spostrzegał Simionescu i poleca też umieszczać chorych, o ile możności w czerwono malowanych pokojach, a okna zasłaniać czerwonemi firankami. (*Pr. med.* 1908, Nr 63). *A.*

Fosfor podług Schabada działa w krzywicy w ten sposób, że przyspiesza wchłanianie do ustroju soli wapniowych, a wstrzymuje ich wydzielanie się z moczem i kałem. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 67). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 27. X. 1909

Przewodniczy kol. Damski. Obecnych członków 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wita jako gościa kol. Bylinę z Kijowa.

3) Kol. Eisenberg przedstawił **nowy sposób barwienia krętka bladego.** (Rzecz będzie drukowana w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Gertler zaznacza, że po przeczytaniu krótkiej wzmianki o zastosowaniu tuszu do badań bakteryologicznych przez Burriego, zabrał się do tych badań. Do badań swych używał zwykłego tuszu wyrobu krajowego fabryki Karmańskiego. Jednak tusz ten nie był czysty, gdyż zawierał cienkie laseczniki. Chcąc je usunąć, wyjałowił G. tusz w kociołku w ciepłocie 120°C; sposób ten okazał się jednak niepraktycznym, gdyż istota kleista, wchodząca w skład tuszu, ulegała rozkładowi i powstawały kłaczki, widoczne przy badaniu drobnowidowem. Dlatego mowca odstąpił od tego sposobu wyjałowienia i zamiast tego dodaje na 30 kropli tuszu jedną kroplę 40% formaliny. Nadzwyczajna łatwość i szybkość sporządzania preparatu, polegająca na roztarciu bakteryi w kropli tuszu, zamiast w wodzie wyjałowionej i lekkiem osuszeniu nad płomieniem, nadaje tej metodzie szczególną wartość dla badań bakteryologicznych. Dla wyszukania krętków powinien być preparat cienki, ale dla bakteryi, których grubości z góry nie znamy, lepszy jest preparat roztarty w sposób zwyczajny igłą lub pętlą platynową, gdyż otrzymujemy tusz o różnej grubości i w pewnych okolicach preparatu wychodzą bakterye bardzo pięknie i jasno na tle ciemnem lub jasnem. Nadto preparaty, sporządzane tuszem, możemy oznaczyć literami, lub liczbami, rozprowadzając odpowiednio tusz, co ułatwia bardzo oryentowanie się podczas kontrolowania poszczególnych kolonii, wyrosłych na danej pożywce. Metoda ta nadaje się bardzo dobrze do szukania drobnoustrojów we krwi, znajdujących się poza ciałkami, nie nadaje się natomiast do szukania drobnoustrojów, zawartych w ciałkach białych, np. dwoinek wiewiórowych lub dwoinek zapalenia opon mózgowych. Metoda ta mogłaby oddać usługi przy wykrywaniu wałeczków podczas badania osadu moczu. W końcu przedstawia mowca szereg preparatów bakteryi w tuszu. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg, przedstawiając praktycznie wykonanie metody tuszowej, zaznacza, że przestrzegałby przed tą metodą szczególnie przy badaniu tworów większych, jak np. ciałka krwi.

4) Kol. Eisenberg przedstawia preparat z plwociny chorego gruźliczego, która badana po raz trzeci od roku pokazuje stale ułożenie bakteryi w mniejszych lub większych kępach lub warkoczach (podobnie jak w osadzie moczowym lub hodowlach sztucznych), natomiast dość rzadko bakterye odosobnione. Chory przytem mimo tej wydatnej hodowli naturalnej w płucach do niedawna miał się względnie bardzo dobrze, przy wadze ciała około 80 kg., zgodnie z tem, co dawniej już E. miał sposobność zaznaczać. Dotychczasowe sposoby badania plwociny nie dają nam dokładnego wyobrażenia o naturalnym układzie bakteryi w plwocinie, rozcierając bowiem lepką plwocinę, układ ten po części niszczymy. Tylko czasem spotykamy różnice tak uderzające, jak z jednej strony wielką ilość bakteryi, jednostajnie rozsianą po całym preparacie, z drugiej obraz taki, jak dziś przedstawiony. Dla lepszego zachowania naturalnego układu bakteryi próbował E. ze skutkiem robić preparaty grube (choć niejednostajnie się odbarwiające), możliwie mało rozcierając plwocinę. Sposób najprostszy barwienia życiowego (witalnego) plwociny nieroztartej nie da się niestety zastosować z powodu niedostatecznego przenikania barwików w śluz i z powodu osobliwych własności barwnych bakteryi gruźliczych. (Streszczenie własne).

5) Doc. Latkowski wygłosił wykład: **O raku narządów wewnętrznych ze stanowiska klinicznego.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Kol. Borzęcki przypomina, że kiła, zwłaszcza w trzecim okresie, może mieć związek etyologiczny z rakiem, a mianowicie przy t. zw. *leukoplakia linguae* wzgl. *buccalis*. Dalszym czynnikiem etyologicznym przy tej chorobie jest palenie tytoniu.

Prof. Bujwid. Obok nazwiska Dra Wehra, polskiego lekarza, który jeden z pierwszych, a może pierwszy, dowiódł przeszczepialności raka, należałoby postawić nazwisko Chałubińskiego, który postawił teoryę, że nadmierne odżywianie pokarmem mięsnym stanowi bardzo ważny czynnik, pobudzający rozwój nowotworu. Na przykładach swoich chorych przedstawiał Chałubiński niejednokrotnie skutki zmiany dyety mięsnej na roślinną, które wyrażały się w powstrzymaniu na długie lata już rozwiniętego raka nawet bez zabiegów operacyjnych. Teorya ta uzyskuje wielkie prawdopobieństwo w doświadczeniach nowszych czasów. Co do surowic, to mowca zaznacza, że nie spodziewa się skutków dobrych leczenia surowicą, jak i w innych chorobach przewlekłych. Anaphylaxis, czy, jak ją mowca nazywa, »nadczulica«, silnie przeszkadza w stosowaniu surowic w takich przypadkach. Dlatego też nie da się prawdopodobnie uzyskać surowicy przeciwrakowej, przeciwgruźliczej i t. p. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg co do poglądów Chałubińskiego, podniesionych przez Prof. Bujwida, zaznacza, że niektóre nowsze prace doświadczalne nad rakiem również bardzo podkreślają znaczenie odżywiania dla rozwoju nowotworów. I tak Ehrlich znalazł, że rak myszy, przeszczepiony na blizko z nią spokrewnionego szczura, po krótkim poronnym wzroście zanika; dla wytłómaczenia tego zjawiska przypuszcza E., że do rozwoju i odżywienia nowotworu potrzebne jest pewne ciało, w dostatecznej ilości dostarczane i nowotworzone przez ustrój myszy, a znajdujące się tylko w małej ilości w ustroju szczura. Gdy początkowy wzrost nowotworu tę małą ilość wyczerpie, wzrost ustaje, a nowotwór zaczyna się rozpadać. Tę odporność szczura przeciw rakowi myszy nazywa tedy E. odpornością przez wygłodzenie (*athreptische Immunität*). W jeszcze bliższym związku z dodatnim wpływem odżywiania jarskiego na występowanie raka pozostają ogłoszone niedawno badania Moreschiego, które wykazały, że, o ile szczepione mięsakiem myszy żywić dostatnio, nowotwory rozrastają się szybko i szeroko, waga myszy wzrasta, ale dzięki bujaniu mięsaka, o ile zaś żywić je niedostatecznie, to wprawdzie waga ich spada, ale nowotwór rozwija się powoli i nieznacznie, a myszy takie żyją dłużej, niż odżywiane dostatnio. O ile zaś tak niedostatecznie żywić myszy przed zaszczepieniem nowotworu, to mięsak rozwija się bardzo słabo lub nie rozwija się wcale. Być może, że odżywianie jarskie jest właśnie takiem odżywianiem głodowem i że stąd u jego zwolenników, o ile spostrzeżenie Chałubińskiego jest słuszne, nowotwory złośliwe rzadziej się rozwijają. (Streszczenie własne).

Kol. Latkowski sądzi, że związek kiły z rakiem zachodzi może czasami. Co do związku dny i nadmiernego żywienia z rakiem, to prelegent go nie znajdował.

Kol. Dawid Hirsch zwraca uwagę na dawny sposób różniczkowania raka i gruźlicy płuc, mianowicie, iż przy raku krwawa plwocina ma być ciemniejsza. Mowca zwraca uwagę na związek raka z gruźlicą.

Kol. Latkowski zaznacza, że przy omawianiu raka płuc wspomniał o krwioplućiu, sądzi jednak, że objaw ten większego znaczenia rozpoznawczego niema. Związku między gruźlicą a rakiem mowca nie dostrzega. Sekretarz: *Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXI. posiedzenie naukowe d. 12. listopada 1909.

I. Kol. Prof. Mars przedstawia:

a) Chorą, u której przed 2 laty wyskrobano macicę z powodu krwotoków macicy **przy raku szyjki.** U chorej tej wykonał M. **wycięcie macicy** wraz z naciekłem przymaciczem **sposobem Wertheima.** Obecnie w 1½ roku po zabiegu chora ma się dobrze; z nowotworu nie można nawet śladów wykazać. Prelegent zestawia 48 dokonanych w klinice swej operacyi Wertheima; wyniki były różne, w każdym razie jednak, na ogół biorąc, zabieg Wertheima należy uważać za najkorzystniejszy.

Dyskusya: Kol. Skałkowski nie jest zwolennikiem operacyi Wertheima, a zdanie swe opiera między innemi na dużej statystyce Otta. Kol. Prof. Rydygier uważa operacyę Wertheima za jedynie dziś korzystną. Jedna z jego chorych żyje już 4 lata i ma się zupełnie dobrze. Wynik zależy w znacznej części od dokładności wykonania operacyi.

b) Prof. Mars przedstawia preparat włókniaków macicy, a pod jednym z nich ognisko wielkości 20 halerzy, nerko-

wate, o utkaniu **mięśniako-gruczolaka** (*adenomyoma*); nowotwór to bardzo rzadki, prawdopodobnie pochodzący z ciałka Wolfa. W dyskusyi podnosi kol. Prof. Kučera rzadkość tego rodzaju nowotworów, a co do pochodzenia przedstawionego nowotworu, to sądzi, że pochodzi on z pierwocin przyjajnika (*paroophoron*).

II. Kol. Orzechowski przedstawia *a*) chorą z guzami mózgu. Chora od roku gorzej widzi, od 4 tygodni zaniewidziała zupełnie. Ze strony ucha parestezye słuchowe, jak n. p. hukanie. Badanie stwierdza zanik nerwu wzrokowego, zaburzenia słuchowe pochodzenia ośrodkowego. Pewne zaburzenia w odruchach. We krwi 8·6% ciałek eozynochłonnych. Obecnie zniedołężnienie umysłowe stale postępujące, przy chodzeniu uczucie padania, od tygodnia po raz pierwszy nudności, bole głowy i zawroty. Ze względu na prześwietlanie i postęp objawów należy rozpoznać **guz mózgu uciskający na wzgórki czworacze**, zamykający wodociąg Sylwiusza, z następowem wodogłowiem. Być może, że guzy są dwa: jeden powierzchowny ciałek czworaczych, a więc może w nasadzie, drugi w przysadce mózgowej. *b*) Chorą l. 16, która przed 3 miesiącami nagle dostała bolów głowy w okolicy czołowej prawej, nudności, hukania w lewem uchu; przed miesiącem pogorszenie wzroku. Badanie stwierdza zapalenie nerwów wzrokowych, obniżenie czucia bolu po stronie prawej, powiększenie siodełka kości klinowej (Roentgen). Objawy z czasem stale się potęgowały, dziś chora zupełnie nie widzi, podmiotowo jednak czuje się zresztą obecnie dobrze. Nie wyłączając surowiczego zapalenia opon mózgowych, trzeba jednak przyjąć obecność **guza mózgu**, o siedzibie na razie nieokreślonej. *c*) Chorą 30-letnią, która od czasu ostatniego porodu (ma 6 dzieci) zaczęła szybko znacznie tyć i okazywać nieprawidłowości umysłowe. Obecnie sprawia chora wrażenie niedołęstwa umysłowego euforycznego. Na oko prawe od pewnego czasu widzi gorzej, na lewem niedowidzenie połowicze. Prócz szeregu innych objawów we krwi 8% ciałek eozynochłonnych. Prelegent sądzi, że w danym przypadku rozwija się **guz przysadki mózgowej**.

Dyskusya: Kol. W. Ziembicki, który przeprowadzał systematyczne badania krwi w przypadkach nowotworów mózgu z oddz. kol. Orzechowskiego, a także i w przedstawionych przypadkach, podnosi eozynofilię tam, gdzie jest podejrzenie co do guzów przysadki; jest to może w związku ze zmniejszeniem się liczby komórek eozynochłonnych w samej przysadce, jakie znajdował Fischer przy podawaniu wyciągów z jąder w przypadkach olbrzymiości (*gigantismus*). Kol. Doc. Zalewski omawia bardzo dokładnie badanie narządu słuchowego, przeprowadzone w drugim przypadku i dochodzi do wniosku, że zajęte są tylko drogi *n. cochlearis*, a siedlisko porażenia jest poza rdzeniem przedłużonym. Kol. Prof. Rydygier dziękuje prelegentowi za piękne przypadki operacyjne z zakresu guzów mózgu.

III. Kol. M. Selzer: **O odczynie Cammidgea.** S. omawia sposoby rozpoznania zmian czynnościowych trzustki, wartość i sposób wykonania odczynu Cammidgea. W jego badaniach 19 razy odczyn był dodatni; w dwóch przypadkach znaleziono zmiany w trzustce. S. sądzi, że odczyn ten nie jest wcale charakterystyczny dla schorzeń trzustki.

W dyskusyi podnosi kol. Moraczewski, że dodatnie wyniki, znalezione u ludzi zdrowych, mogą być skutkiem chwilowego nieprawidłowego wydzielania. Kol. Hornowski badał sekcyjnie dwa przypadki, w których był dodatni odczyn Cammidgea i w obu znalazł zmiany w trzustce; zaznacza, że klinicysta nie może rozstrzygnąć, czy trzustka była zmieniona, co wyjaśnić może dopiero badanie drobnowidowe. *Nowicki.*

Z wycieczki lekarskiej na południe.

I.

Ateny, dnia 10. XI. 1909.

Druga naukowa wycieczka lekarska, urządzona staraniem lekarzy zdrojowych w Karlsbadzie, Maryenbadzie i Franzensbadzie, udała się dotąd znakomicie. Na pokładzie wytwornie urządzonego parowca »Talia« wypłynęło z portu tryesteńskiego grono, złożone z 114 osób, w tem 40 pań; lekarzy jest 56, Polaków 31 z Galicyi i Królestwa Polskiego. Po zwiedzeniu wykopalisk w Delfach, starożytnej siedzibie Apollina pytyjskiego i Akrokoryntu, tudzież starego Koryntu, — przepłynęliśmy w dniu 8. listopada przez kanał, wykopany w r. 1893, łączący zatokę koryncką z zatoką egejską i wieczorem dnia 8. listopada stanęliśmy w porcie Pireus. Nazajutrz zwiedzaliśmy słynne Akropolis z ruinami świątyni wzniesionych przez Peryklesa, oraz ruiny świątyni boga i opiekuna sztuki lekarskiej Asklepiosa, a nazajutrz oprowadzani przez profesorów Wydziału lekarskiego w Atenach, zwiedziliśmy nowo wybudowane zakłady, które powstanie swe i nowożytne urządzenia zawdzięczają ofiarności bogatych obywateli greckich. Szczególną uwagę naszą zajął jeszcze do użytku publicznego nie oddany, ale całkiem już gotowy szpital o 300 łóżkach, — przeznaczony dla chorób skórnych i wenerycznych.

Prof. dermatologii Protopoulos, który będzie zarazem dyrektorem tego zakładu, oprowadził grono lekarzy po tym szpitalu, który co do urządzeń i zasad higieny odpowiada wszelkim wymogom. Sale po 25 łóżek w liczbie 8, — przeznaczone dla kobiet, mają swe łazienki, umywalnie, wodociągi, a wszystko zaopatrzone w marmurowe stoły, półki, bo góry okoliczne dostarczają taniego, śnieżno-białego marmuru. Ogrody i terasy otaczają ten zakład, a z każdej strony odsłaniają się prześliczne widoki na Akropolis i inne wzgórza, dominujące ponad pięknemi, czystemi Atenami. Na piętrze szpitala znajdują się separatki dla mężczyzn po 2 lub 3 łóżka, odpowiednio urządzone; sal wielkich dla mężczyzn niema.

Również zwiedzaliśmy rodzaj polikliniki »Evangelismas«, zbudowanej przed 25 laty przez dom królewski grecki i zostający pod szczególną opieką królowej. Wszelkie nowożytne urządzenia, zakład rentgenowski, odpowiednie sale operacyjne, przekonały nas, że i grecka medycyna nie pozostaje w tyle poza postępami wiedzy lekarskiej.

Popołudniu tegoż dnia urządzili lekarze greccy zebranie dla nas w prześlicznym hotelu Akteon w Falleronie tuż pod Atenami nad rozkosznie położoną przystanią morską z urządzeniami kąpielowemi, a to w zamian za bankiet, wydany dla nich dnia poprzedniego na pokładzie naszego parowca.

Dr Ferdynand Obtułowicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Związku krajowego lekarzy zwrócił się z prośbą do sześciu posłów galicyjskich, należących do komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego, o poparcie interesów ekonomicznych lekarzy. W szczególności prosił wydział posłów o niedopuszczenie do tego, by granicę rocznych dochodów dla obowiązku ubezpieczenia podnieść z 2400 K., jak to normuje przedłożenie rządowe, do 3600 K., albo nawet znieść wszelką granicę, jak tego się domagają niektóre czynniki, zgoła lekarzom nieprzyjazne. *W.*

Do Związku krajowego lekarzy przystąpili: Drowie Bujniewicz, Jabłoński i Teller, wszyscy z Rzeszowa. *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza energiczne wezwanie do wszystkich lekarzy, aby wobec zamachu na same podstawy ich bytu, przygotowywanego przez przeciwników rządowego projektu o ubezpieczeniu społecznem, przygotowali się do ciężkiej walki, nie ograniczającej się do platonicznych rezolucyi i uchwał, ale wymagającej czynnego wystąpienia i niejednej ofiary. *K.*

Wśród lekarzy w całej Austryi wywołała wielkie zaniepokojenie wieść, że granica dochodu dla ubezpieczenia w kasach chorych ma być podniesiona z 2400 na 3600 K., a nawet zupełnie zniesiona. Państwowy Związek organizacyi lek. austr. otrzymuje od wielu organizacyi wezwania, by zwołał ogólny wiec lekarski celem obrony przeciw tym usiłowaniom, zagrażającym ruiną wszystkim lekarzom-praktykom, oraz by przygotował jaknajostrzejsze środki walki; niektórzy lekarze proponują nawet ogólne równoczesne wypowiedzenie posad przez wszystkich lekarzy pomocniczych w szpitalach publicznych w Austryi, i ogólne bezrobocie lekarzy... Dowodzi to tylko, jak wielkie wzburzenie ogarnia szerokie koła lekarzy; zarówno na wiecu Izb lekarskich, jak i na zgromadzeniu delegatów Państwowego Związku org. lek. wywoła ta sprawa z pewnością bardzo ożywione rozprawy. W sprawie tej idzie urzędowe przed-

stawicielstwo lekarzy, t. j. Izby, ręka w rękę z dobrowolną ich organizacyą, obejmującą już dziś karny zastęp przeszło 7000 zorganizowanych. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by znaleziono sposób pogodzenia sprzecznych dążeń różnych w ubezpieczeniu społecznem zainteresowanych czynników, na drodze pokojowej. *Z.*

Najwyższa Rada Zdrowia w nowym składzie zebrała się na pierwsze posiedzenie 13. XI. b. r. Prezesem wybrano Prof. Ludwiga, wiceprezesami Prof. Weichselbauma i Prof. Chrobaka; w subkomitetach wybrani zostali prezesami (resp. wiceprezesami): dla spraw zawodu lekarskiego Prof. Weichselbaum (Prof. Prausnitz); dla zaopatrzenia ludności w wodę Prof. Horbaczewski; dla spraw zdrojowisk Prof. Exner. Prócz tych powstają subkomitety: dla higieny mieszkań, przemysłu, dla sprawy żywienia się ludności, opieki nad obłąkanymi, dla spraw farmaceutycznych, chorób zakaźnych, higieny szkolnej, szpitalnictwa, ratownictwa, higieny więzień, postępowania ze zwłokami i statystyki sanitarnej.

Liczba lekarzy w Niemczech w stosunku do ludności podniosła się od r. 1885 trzy razy silniej, bo w tym roku na 46,704.500 mieszkańców było 15.764 lekarzy, a w roku 1907 na 61,730.539 mieszkańców 31.864 lekarzy. *X.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. XI. do 13. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 3, płonicy 28 † 7 (5 † —), odry 207 † 5 (— † —), duru brzusznego 14 (10), czerwonki 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. XI. do 20. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 2 (w tem obcych 11 † 2), płonicy 4 † — (2 † —), odry 1, duru brzusznego 5 † 4 (5 † 4). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 30. X. do 6. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 42 † 6, odry 11, płonicy 16, błonicy 7, róży 11 † 1, duru brzusznego 20 † 2, duru osutkowego 3. (*Gaz. lek.* Nr 47).

Lekarze w austryackiej Izbie Panów.

Po długim zastoju w zakresie ustawodawstwa sanitarnego w Austryi powiał w ostatnich dwu latach pewien ożywczy prąd, objawiający się wypracowaniem przez rząd kilku projektów ważnych ustaw, jak również zgłoszeniem kilku wniosków w sprawach sanitarnych w parlamencie. W pierwszym rzędzie wymienić tu należy projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, dalej szereg wniosków Prof. Ludwiga, dotyczących reformy administracyi sanitarnej, skupienia agend sanitarnych, dotąd rozprószonych po różnych ministerstwach, poprawy bytu lekarzy rządowych i t. d., a w szerszym — higieniczno-społecznym zakresie, projekt ustawy o ubezpieczeniu powszechnem.

Z wyjątkiem ostatniego, przedłożenia te i wnioski dostały się wbrew zwykłemu porządkowi naprzód pod obrady Izby Panów. Ma to swoje zalety, ale ma i złe strony. Przy trwającem od szeregu już lat zahamowaniu pracy Izby Posłów, zyskuje inicyatywa Izby Panów na znaczeniu, a niektóre uchwały Izby Panów, nie wymagające zmian ustawowych, mogą znacznie rychlej wejść w życie, niż wnioski, przedstawione Izbie Posłów. A w sprawach sanitarnych ma to tem większą doniosłość, im pilniejsze są tu reformy po wieloletnim zastoju. Tak się stało n. p. z reorganizacyą Najwyższej Rady Zdrowia, na którą bardzo długo zapewne przyszłoby jeszcze czekać, gdyby wniosek w tym kierunku zgłoszony został w Izbie Posłów. Projekta zaś ustawodawcze mają bądź co bądź lepsze widoki uchwalenia przez jedną z Izb, skoro już przeszły przez alembik drugiej, wreszcie — uchwalenie ich przynajmniej przez jedną Izbę, pozwalałoby je może w razie nagłej a koniecznej potrzeby łatwiej oktrojować.

Złą stroną zaś odwrócenia zwykłego postępowania ustawodawczego jest co do spraw sanitarnych przedewszystkiem to, że w Izbie Panów zasiada stosunkowo za mało fachowych znawców przedmiotu. Na 246 członków Izby Panów znajduje się tylko 4 lekarzy. Wprawdzie są to wszystko ludzie wybitni, odznaczający się głęboką wiedzą i rozległem doświadczeniem, niemniej jednak należy się liczyć z tem, że w ciałach parlamentarnych, zarówno w komisyach, jak w pełnej Izbie, rozstrzyga przedewszystkiem ilość głosów. W komisyach muszą i powinny mieć przedstawicieli ile możności wszystkie kraje i narody wielojęzycznej Austryi, ponieważ we wszystkich sprawach — a w sanitarnych więcej może jeszcze, niż w innych — grają rolę odrębności krajowe i narodowe, które musi się w ustawach ogólno-państwowych pogodzić i wyrównać. Nieuniknionem następstwem takiego składu komisyi jest możliwość przewagi liczebnej profanów nad znawcami przedmiotu w niektórych komisyach, wiadomo zaś, że uchwały komisyi bywają zwykle wytyczne dla uchwał pełnej Izby, w której już małym tylko ulegają zmianom. Takie stosunki mogą w komisyi sanitarnej większem zagrażać niebezpieczeństwem, niż w którejkolwiek innej; z natury rzeczy bowiem te właśnie sprawy wymagają szczególnego znawstwa, a jednak mimoto każdy prawie laik czuje się kompetentnym do wydawania o nich sądu, zupełnie nieraz sprzecznego z tem, co nakazuje nauka. Doświadczenie innych krajów pokazało, że w sprawach sanitarnych niebezpieczeństwo przegłosowania znawców przez laików istnieje i że nie można go lekceważyć; wszak w Anglii pod wpływem agitacyi przeciwników szczepienia uchwalono ustawę, pozostawiającą swobodę co do szczepienia krowianki, a skutki, w postaci pojawiania się ospy, nie dały na siebie czekać. A nie szukając przykładów daleko, wszak i w austryackiej Izbie Panów przeszedł w komisyi prawie bez zmiany projekt rządowy ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, pomimo, że wymaga on wielu poprawek, publicznie i przed uchwałą i obecnie wskazywanych. Wskazywanie usterek projektu przez tych, którzy chyba najlepiej mogą to ocenić, przez samychże lekarzy rządowych na niedawno odbytem zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Wiedniu, dostatecznie chyba dowodzi, że są to usterki ważne i koniecznie wymagające usunięcia, jeżeli ustawa nie ma potem pozostać martwą literą.

Obecnie, jak słychać, przygotowuje się nowy projekt ważnej ustawy, szczególnie obchodzącej stan lekarski, mianowicie projekt ordynacyi lekarskiej (Ärzteordnung). Mówią także o przygotowywanej reformie zasadniczej ustawy sanitarnej z r. 1870. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że i te projekta wniesione będą naprzód do Izby Panów; koła lekarskie w Austryi mogą nie bez podstawy obawiać się o los projektów, dopóki w Izbie Panów nie mają dostatecznej liczby swych przedstawicieli, obrońców zarówno stanowiska zawodowego, jak i interesów sanitarnych ogółu ludności.

Sprawa ta jest tem więcej na dobie, że prawie pewną rzeczą jest powołanie w czasie niedługim licznego szeregu nowych członków do Izby Panów.

W interesie dobra całego społeczeństwa, a nietylko stanu lekarskiego, — w interesie państwa leży, aby przy tej sposobności wydatnie zwiększyła się liczba lekarzy w Izbie Panów, przyczem oczywiście pragnąćby należało, aby w Izbie tej zasiedli nietylko znawcy różnych gałęzi nauk lekarskich, higieny publicznej i społecznej, ale także lekarze z różnych krajów koronnych, znający dokładnie stosunki sanitarne i potrzeby ludności tych krajów. Wtedy też byłoby możebne utworzenie takiej komisyi sanitarnej w Izbie Panów, w którejby nietylko wszystkie kraje koronne miały swych zastępców, ale któraby przytem składała się w znacznej większości ze znawców przedmiotu.

Obecnie w komisyi sanitarnej Izby Panów ma kraj tak wielki i ludny, a tak różniący się pod względem sanitarnym od reszty Austryi, jak Galicya, jednego tylko przedstawiciela, nielekarza. Złe, stąd wynikające, okazało się wyraźnie przy obradach nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Wskutek choroby nie mógł przedstawiciel Galicyi w obradach tych uczestniczyć, a w jego nieobecności nie miały interesa naszego kraju ani jednego obrońcy, to też zupełnie zostały pominięte pomimo memoryału, wniesionego w tej sprawie poprzednio do rządu przez Wydział krajowy. Ale gdyby nawet przedstawiciel Galicyi mógł był uczestniczyć w tych obradach, to przecież i z tem liczyć się należy, że w komisyi reprezentuje on tylko czynnik polityczny, a nie fachowy, którego tu właśnie byłoby potrzeba, a którym Galicya w Izbie Panów wogóle nie rozporządza. W gronie lekarskiem w Izbie Panów mają bowiem z krajów koronnych przedstawicieli tylko Austrya niższa (Wiedeń) i Czechy, — inne kraje nie mają ani jednego.

Brak w Izbie Panów choćby jednego fachowego znawcy stosunków sanitarnych (t. j. lekarza) z Galicyi, jest w obecnych warunkach szczególnie uderzający i niekorzystny. Byłoby do życzenia, aby przy powołaniu nowych członków Izby ten przynajmniej brak został usunięty. *C.*

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie), z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf (Kraków, Floryańska 25), (Dermatologische Zeitschrift); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki. Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmologii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lek. krakowskie odbyło d. 24. XI. b. r. posiedzenie, na którem toczyła się w dalszym ciągu dyskusya na temat »Grunta pofortyfikacyjne i Wielki Kraków ze stanowiska sanitarnego«. W rozprawach zabierali głos: r. dw. inż. Ingarden, Dr Janiszewski, Prof. Bujwid, Dr Bier, Dr Gertler i Prof. Ciechanowski, na czem dyskusya ogólna została wyczerpana.

— D. 18. XI. 1909 odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-galic., na którem 1) w sprawie kasy zapomogowej kupców i młodzieży handlowej uchwalono odpowiedzieć, by rozpisała konkurs na posadę lekarza kasy, poczem dopiero Izba może interweniować; równocześnie uchwalono porozumieć się ze Związkiem kraj. lekarzy. 2) W sprawie Dra M. z D. uchwalono odpowiedzieć Sądowi powiatowemu, że honoraryum Dra M. w kwocie 40 koron za operacyę i 3 wizyty przy poronieniu jest za nizkie. 3) Rozpisano rozprawę honorową przeciw Drom H. i R. na 7. XII. b. r. 4) Załatwiono szereg spraw drobnych.

— D. 20. XI. 1909 odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zach.-galic., na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Przewodniczący zdał sprawę z czynności Wydziału i Rady honorowej, przyczem w sprawie ewentualnej reprezentacyi w Sejmie oświadczono się za wyborem z Izb, a przeciw głosom wirylnym. 2) Delegat i zastępca delegata zdali sprawę z posiedzeń kraj. Rady zdrowia. 3) Zajmowano się sprawami XIV. Wiecu Izb lekarskich: *a*) W sprawie ubezpieczenia społecznego uchwalono stanąć na stanowisku Izb styryjskiej i czeskiej, ze względu na to, że w stanowisku tem nie wchodzą w grę motywa polityczne. *b*) W sprawie zabronienia sekundaryuszom szpitalnym przyjmowania posad w kasach chorych uchwalono oświadczyć się przeciwko temu wnioskowi. *c*) Sprawę lekarzy więziennych uchwalono poruszyć przy dotyczącym wniosku, a mianowicie ich stosunek służbowy i sposób wynagradzania. *d*) Omawiano wniosek, dążący do zmienienia krzywdzącej lekarzy ustawy o udzielaniu pomocy lekarskiej wojskowym. 4) Sprawę nowego regulaminu Izby odłożono do następnego posiedzenia. 5) Poruszono konieczność organizacyi zawodowej w naszym kraju.

— *Otrzymujemy następującą odezwę:*

»Sekcya sanocka Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła dla uczczenia zasług około rozwoju nauki polskiej, przez ś. p. Prof. Dra Korczyńskiego położonych, wmurować tablicę pamiątkową w kościele parafialnym w Dobromilu. Ponieważ ustawienie tablicy takiej jest z bardzo znacznymi kosztami połączone, nieliczna zaś ilość lekarzy sekcyi sanockiej tychże pokryć nie jest w stanie, udajemy się do ogółu lekarzy galicyjskich z prośbą o pomoc w naszem przedsięwzięciu i spodziewamy się, że przyjacielowi, współpracownikowi, lub swemu nauczycielowi nikt z lekarzy tej drobnej usługi nie odmówi. Łaskawe datki prosimy przesyłać na ręce p. burmistrza miasta Dobromila Dra Ćwiklicera.

Dr Herzig, sekretarz. *Dr Jabłoński*, przewodniczący«.

— Kalendarz lekarski krakowski zostanie, jak nas zawiadamia jego Redakcya, mimo przewlekającego się strejku introligatorskiego, w najbliższych dniach rozesłany zamawiającym.

— W zeszłym tygodniu uzyskała sankcyę cesarską ustawa o przyłączeniu gmin podmiejskich do Krakowa. Fakt ten, niezmiernej doniosłości dla rozwoju ekonomicznego miasta, ma również olbrzymie znaczenie pod względem sanitarnym. Zacieśniony dotąd rejonem fortecznym, doszedł Kraków do takiego przeludnienia, jak mało które miasto w Europie, bo 15.000 mieszkańców na 1 klm², a nic mając wpływu na gminy podmiejskie, ponosił wielkie szkody sanitarne z powodu złego ich pod tym względem stanu. Dzięki nowej ustawie, powiększa się przestrzeń, na której będzie się Kraków mógł rozbudowywać, przeszło w dwójnasób i powstają warunki do gruntownej asanacyi przyłączonych obecnie gmin. Sprawę tę oświetlają dokładniej rozprawy, które się właśnie odbyły w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. liczyło w r. 1908/9 428 członków, a miało 4618·10 kor. dochodu i 2131·04 kor. rozchodu. Zasoby wypożyczalni podręczników zwiększono o 133 dzieł. Dział pośrednictwa w zakupnie podręczników i narzędzi lekarskich doszedł w dochodach i wydatkach do kwoty 13058·54 kor. (w roku poprzednim 9847·92 kor.) i przyniósł Towarzystwu 791·01 kor. zysku. Z Towarzystwa wyłoniła się nowa instytucya: »Bratnia Pomoc Medyków«. Prezesem Towarzystwa był p. W. Zbyszewski, kuratorem jest Prof. Dr Browicz.

— Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego U. J. wybrało 12. XI. 1909 następujący zarząd: prezes W. Türschmid, wiceprezes J. Glatzel, skarbnik M. Czarnecki, komisya skontrująca: Z. Czarnek (przewodniczący), W. Dąbrowski, S. Radwan, K. Bujwidówna.

— Na Śląsku Cieszyńskim ludność niektórych okolic odczuwa brak lekarzy-Polaków, z którymiby się w rodzinnym języku dobrze porozumieć mogła. Szczególnie dotkliwy jest ten brak w samym Cieszynie, gdzie na 8000 ludności polskiej niema ani jednego lekarza Polaka, zajmującego się ogólną praktyką lekarską. Licząc się z miejscowymi stosunkami, należy mieć na względzie, że na klientelę wśród ludności polskiej mógłby liczyć tylko lekarz chrześcijanin.

— Sekcya zakopiańska Towarzystwa lek. gal. uchwaliła na posiedzeniu w d. 22. X. b. r. rozszerzyć obowiązek donoszenia lekarzowi stacyi klimatycznej o każdym przypadku gruźlicy; mianowicie będą lekarze wypełniać przytem kwestyonaryusz, według zasad, ułożonych przez Dr Sterlinga z Łodzi, a lekarz stacyi klim. robić będzie na tej podstawie roczne zestawienia. Przymusowe odkażanie po mieszkańcach pensyonatów ma obowiązywać już w bieżącym sezonie zimowym.

Lwów. Lwowskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą wniosło do Rady miasta prośbę o udzielenie 6 morgów gruntu pod Borkami dominikańskimi na postawienie tam 5 stałych baraków dla stacyi leśnej, oraz o subwencyę stałą 6000 koron rocznie.

— Fizykat urządził jednotygodniowy, szósty z rzędu, kurs dezynfektorów.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie w Częstochowie i miejscowy oddział Tow. higienicznego obradowały 13. XI. b. r. nad sprawą kąpieli ludowych dla pątników jasnogórskich. Utworzenie tej instytucyi kosztować ma około 100.000 rb. Uchwalono przyjąć ofiarowany w darze przez p. Basińską plac tuż koło Jasnej Góry, a dla zgromadzenia funduszów i opracowania planów wybrano komitet, do którego z lekarzy weszli: Dr Biegański, E. Kohn, Marczewski, Nowak, Rosenfeld, J. Tchórznicki.

Łódź. Sekcya pedyatryczna Towarzystwa lekarskiego łódzkiego ułożyła na r. 1909/10 następujący porządek dzienny swych posiedzeń zwyczajnych: 10. XI. 1909: J. Brudziński. O różnych postaciach zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. 1. XII. 1909: Z. Prechner. Encephalitis acuta u dzieci 29. XII. 1909: W. Jasiński. O drgawkach u dzieci. 12. I. 1910: A. Tomaszewski. O powstawaniu skrzywień bocznych kręgosłupa u dzieci. 9. II. 1910: T. Mogilnicki i H. Rozenblatówna. Choroby przemiany materyi u dzieci. 9. III. 1910: A. Goldman. O wgłobieniu jelit u niemowląt. A. Goldman i A. Tomaszewski. O łamliwości kości u dzieci. 6. IV. 1910: S. Rotwand. O zwężeniu i kurczu odźwiernika. 4. V. 1910: Schoenaich. O białkomoczu u dzieci. 1. VI. 1910: H. Rozenblatówna. O najnowszych badaniach w zakresie bakteryologii odry, płonicy, ospy i krztuśca.

Z różnych stron. Wiadomość, podana przez dzienniki polityczne, jakoby Prof. Leyden wskutek znanej sprawy z werbowaniem rosyjskich pacyentów, pozbawiony został katedry w Berlinie, jest zupełnie nieprawdziwa, albowiem Prof. Leyden już przed 2 laty ustąpił sam z katedry i obecnie prowadzi tylko zakład badania raka. *X.*

— Podczas ostatniego Zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy przed paru tygodniami w Salzburgu powstało z inicyatywy Prof. Forela międzynarodowe Towarzystwo dla badań z dziedziny lekarskiej psychologii i psychoterapii. Założycielami tego stowarzyszenia są między innymi następujący lekarze: Prof. Bernheim z Nancy, Prof. E. Bleuler z Zurichu, Dr Bezzola ze Szwajcaryi, Dr Brodmann z Berlina, Prof. Crocq z Brukselli, Prof. Déjerine z Paryża, Dr Elzholz z Wiednia, Prof. Forel z Ivorne, Prof. Pierre Janet z Paryża, Prof. Mahaim z Lozanny, Prof. J. Piltz z Krakowa, Prof. Raymond z Paryża, Prof. Redlich z Wiednia, Dr Vogt z Berlina. Do komitetu powołano na prezesa Prof. Raymonda, na wiceprezesów Dra O. Vogta i Prof. Forela, na zarządzających sprawami stowarzyszenia Dra L. Franka z Zurychu i Prof. Semona z Monachium, na sekretarzy Dra Seifa i Dra H. v. Hattingberga z Monachium. Informacyi zasięgnąć można najlepiej u Prof. Forela, Ivorne, Canton de Vand, Suisse, Dra Seifa, München, Franzjosefstrasse 21, Dra Franka, Zürich, Freigutstrasse 6.

— Słynny partacz, pastor Felke, rozpoznający choroby »z oczu«, został ponownie uwolniony. Sąd przyjął bowiem, że Felke nie działał w złej myśli. *X.*

— Berliński senat cywilny w wypadku sporu o odszkodowanie z powodu śmierci w uśpieniu odrzucił pretensyę rodziny, przyjmując, że śmierć przy operacyi (a uśpienie jest częścią operacyi) nie jest wypadkiem (Unfall) w znaczeniu prawnem. *X.*

— Szwedzki zarząd sanitarny przeznaczył 10.000 koron na wynagrodzenia lekarzy cywilnych za plombowanie zębów żołnierzom po mniejszych garnizonach, tam gdzie nie ma wojskowych dentystów. Każdy żołnierz otrzyma do tornistra szczoteczkę do zębów i słuchać będzie wykładów higieny jamy ustnej. *X.*

— Na urządzenie Wydziału lekarskiego w Belgradzie zbierają w Serbii zapisy i składki; Ilja Kotarac ofiarował na ten cel 2,000.000 fr.

Mianowani: Dr J. Krok koncepistą sanitarnym w służbie rządowej w Galicyi;

Dr E. Herz w Rzeszowie, członkiem »Academia phisicochemia« w Palermo.

Zmarli: Dr Edmund Winawer w 44 r. ż. w Ostropolu na Wołyniu; Dr Tadeusz Żłobikowski, ordynator zakładu dla obłąkanych, w 69 r. ż. w Tworkach.

Redakcya otrzymała: W. Jaworski i E. Mięsowicz: O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach. Kraków 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1909:

Gazeta lekarska Nr 44. Starkiewicz: Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennej i zarośnięciem żyły głównej górnej. Koelichen (dok.). Puławski A. (c. d.). — Nr 45. Gabszewicz: Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żylak zatoki poprzecznej. 2) Ropień nadoponowy. Puławski, Babiński, Starkiewicz (c. d.). — Nr 46. Gluziński: Uwagi nad obrazem klinicznego stanu przejściowego u kobiet w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem gruczołów bez przewodu. Babiński (c. d.). Puławski (c. d.). Starkiewicz (dok.). — Nr 47. Nusbaum: Ś. p. Edward Korniłowicz. Studziński: O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej zawartych. Puławski (c. d.). Babiński (dok.).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44. Rzętkowski (dok.). Chodźko: Nowy objaw zaburzeń organicznych układu nerwowego, »objaw mostkowy«. — Nr 45. Heiman: O otosklerozie. Brenneisen: Rodzaje zębów sztucznych oraz wskazania do ich wyboru. — Nr 46. Brenneisen (dok.). Heiman (c. d.). — Nr 47. Rosental: Uczucie zmiany osobowości w symptomatologii melancholii. Heiman (c. d.).

Tygodnik lek. Nr 43. Raczyński: Pedyatrya jako osobna gałąź nauk lekarskich. Hornowski: O zmianach pośmiertnych w nadnerczach i w ich układzie chromochłonnym. — Nr 44. Herman: O leczeniu zatorów tętnicy płucnej sposobem Trendelenburga. — Nr 45. Tobiaszek: Dwa wyleczone przypadki pęknięcia macicy. Herman (dok.). — Nr 46. i 47. Pański: Nerwice urazowe. Turzański: Wiąd rdzenia.

Nowiny lekarskie Nr 11. Serkowski: Z nowych prądów w bakteryologii współczesnej. Ehrenpreis (c. d.). Zanietowski (dok.). Szczygłowski (c. d.). J. Baschkopf (c. d.).

Przegląd chir. i ginek. Z. III. Judt: Rentgenografia guzów złośliwych kości. Szerszyński: O zapaleniu sieci.

Postęp okulist. Nr 10. Rumszewicz: Przypadek guza gruźliczego naczyniówki.

Kronika dentyst. Nr 11. Popielski: Czynność gruczołów ślinowych pod wpływem ciał, wprowadzanych do jamy ustnej.

Zdrowie Nr 11. Żenczykowski: O ubezpieczeniu ludności pracującej na wypadek choroby. Luxenburg: Lekarz i ubezpieczenia robotnicze od nieszczęśliwych wypadków.

Głos lekarzy Nr 21. Najwyższa Rada Zdrowia. Mikołajski: Konferencya w sprawie rozporządzenia wykonawczego do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. Gilnreiner (c. d.). Z krajowego Związku lekarzy. — Nr 22. Mikołajski: Walka z gruźlicą. Gilnreiner (dok.). Klęsk: W sprawie sekcyi sądowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. grudnia 1909 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Z seryi wykładów o raku: Prof. Browicz: Etyologia raka.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo - hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy schorzeniach narządów oddechania, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu** nerwowego, **w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób
Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico. a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.